

# **Å VÆRE FORBEREDT PÅ DET UVENTEDE**

**- en fokusgruppetudie om operasjonssykepleieres  
videreutvikling av handlingskompetanse**

Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse  
i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?

**Guri Rasmussen**

**Masteroppgave i Helsevitenskap  
August 2009**

**Institutt for Sosialt Arbeid og Helsevitenskap  
NTNU Trondheim**



## **Sammendrag**

Hensikten med studien var å få innsikt i hvordan operasjonssykepleiere videreutvikler handlingskompetanse i yrkespraksis. Problemstilling for studien er: Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?

Læring i et sosiokulturelt perspektiv er teoretisk tilnærming i denne studien. Empirien viser at operasjonssykepleiere opplever krav høyere produktivitet, og tid til fagutvikling blir ikke prioritert. Stress og arbeidsmiljø innvirker på utførelsen av arbeidet og dermed på pasientsikkerheten.

Informantene var 21 kvinnelige operasjonssykepleiere, med yrkeserfaring mellom 1 – 38 år. De ble fordelt på 4 fokusgrupper, og intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Analysene er basert på systematisk tekstkondensering.

Resultatene viser at operasjonssykepleierne innehar handlingskompetanse som benyttes i møte med pasientene. Pasientens sikkerhet prioriteres i operasjonssykepleiernes vurderinger og tiltak. Ved gjennomgang av resultatene var det to hovedområder som utmerket seg i samband med videreutvikling av handlingskompetansen. Det ene var det som skjedde innad profesjonen, det andre området var det som skjedde i det tverrfaglige kirurgiske teamet. Når det gjelder forholdene innad i profesjonen kan det synes som om det er to momenter som kan ha innvirkning på læringen. Det ene momentet er formidling av kunnskap og erfaring fra de erfarne til de nyutdannede, funnene tyder på at det er elementer i samarbeidet som er til hinder for formidling av kompetanse. Det andre momentet er om eller i hvilken grad, de nyutdannede kan påvirke den eksisterende kunnskap og praksis i operasjonsavdelingen.

Det andre hovedområdet tyder på at relasjonelle forhold i det tverrfaglige teamet påvirker arbeidsmiljøet og dermed kompetanseutviklingen. Informantene beskriver kirurger som ikke viser respekt for operasjonssykepleierne, verken som individ eller for den kompetansen de innehar. Forhold som omhandlet kommunikasjon mellom kirurg og operasjonssykepleier ble også i flere sammenhenger omtalt som mindre bra. Arbeidsmiljøet har stor betydning for informantene og det kan dermed innvirke på pasientsikkerheten.

## **Title**

### **TO BE PREPARED FOR THE UNEXPECTED**

**- A focus group study about operation room nurses' further development of action competence**

## **Abstract**

The purpose of this study was to gain insight about how operation room (OR) nurses further develop clinical practice. Issues for this study are as follows: How do OR nurses further develop action competence in connection with unexpected events or emergencies in the operating room?

Learning in a socio-cultural perspective is theoretical approach in this study. Empirical data shows that OR nurses experience demands for higher productivity and that time-to-knowledge production is not prioritized. Stress and the working environment affect the work performance and, thus, patient safety.

The informants were 21 female OR nurses with work experience between 1 to 38 years. The nurses were divided into 4 focus groups, and interviews were recorded on tape and transcribed. Analysis is based on systematic text condensation.

The results show that OR nurses have the action competence needed for encounters with patients. Patient safety is given priority in all OR nurses' assessments and measures. By reviewing the results, two main distinguished areas appeared in connection with further development of action competence. The first area was what happens within the profession, and the other area was what happens in the multidisciplinary surgical team. When it comes to relationships within the profession, two factors appear to affect learning. One factor is the dissemination of knowledge and experience from the experienced nurses to the graduates; the findings suggest that elements regarding cooperation hinder the dissemination of expertise. The second factor is the possible element of graduates affecting the existing knowledge and practice in the OR department.

Another main area suggests that relational factors in the multidisciplinary team influence the

working environment, thereby affecting the development of competence. Informants describe surgeons as not showing respect for OR nurses (i.e., respect for them as individuals or for the knowledge they possess). The communication conditions between surgeons and OR nurses were also on several occasions referred to as less than good. The working environment possesses great significance for the informants, thus possibly affecting patient safety.

## **Forord**

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg mange utfordringer, men det har også vært lærerikt. Jeg har gått noen runder med meg selv for å finne motivasjon til å stå på videre. Når jeg nå er ved veggens ende, sender jeg takknemlige tanker til alle som har gitt meg små og store dytt i riktig retning.

Jeg vil takke avdelingslederne ved de respektive operasjonsavdelinger som bidro praktisk og med sin positive innstilling, til at jeg oppnådde kontakt med informantene. En stor takk til operasjonssykepleierne som tok seg tid til å stille opp på fokusgruppene, uten dere hadde dette ikke blitt noe av. Jeg er også svært takknemlig til min medhjelper ved datasamlingen, som med sin positive innstilling og åpne armer tok i mot meg og geleidet meg gjennom ukjent farvann.

En stor takk vil veileder Borgunn Ytterhus som har bidratt ved å være positiv og oppmuntrende, men ikke minst konstruktiv og klar i sin veiledning.

Takk til HiST - Avdeling for sykepleie, som har gitt meg tid til å skrive oppgaven. Gode kollegaer har også bidratt ved interesse og positive oppmuntringer, en takk til dere. En takk til Gyda som bidro ved gjennomgang og testing av intervjuguide. Jeg vil spesielt takke Arne som har vært en god samtale- og diskusjonspartner og bidratt med faglige spørsmål gjennom prosessen.

Sist, men ikke minst, fortjener Roar og ungdommene våre en særdeles stor takk for at dere har utvist stor tålmodighet når jeg har vært i min ”masterboble”.

Trondheim, 10. august 2009

Guri Rasmussen

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	3
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	4
1.3	Avgrensning av tema.....	5
1.4	Oppgavens oppbygning.....	5
<b>2</b>	<b>TEORETISK REFERANSERAMME.....</b>	<b>7</b>
2.1	Operasjonssykepleie.....	7
2.2	Klokskap i handling .....	11
2.3	Kognitivt perspektiv på læring .....	12
2.4	Sosiokulturelt perspektiv på læring.....	13
2.4.1	Læring som deltakelse.....	13
2.4.2	Menneske i kultur .....	14
2.4.3	Læring som deltakelse i praksisfelleskap .....	15
2.5	Læring i yrkespraksis .....	16
2.5.1	Situert læring.....	17
2.5.2	Refleksjon som læring .....	17
2.5.3	Taus kunnskap .....	19
2.6	Utvikling av profesjonell kompetanse .....	21
2.7	Handlingskompetanser .....	23
2.8	Handlingskompetansens utvikling.....	27
<b>3</b>	<b>TIDLIGERE FORSKNING .....</b>	<b>29</b>
3.1	Søk etter forskning om tema .....	29
3.2	Operasjonssykepleiers utfordringer i arbeid med operasjonspasienten.....	30
3.2.1	Situasjonen/ konteksten som utfordring .....	31
3.2.2	Rammer / prosedyrer / medisinsk teknisk utstyr.....	33
3.2.3	Samarbeid /teamarbeid i det kirurgiske team .....	34
3.2.4	Kommunikasjon i det kirurgiske teamet .....	35
3.3	Samarbeid mellom operasjonssykepleiere .....	36
3.4	Faktorer som kan bidra til å hindre utvikling av praksis .....	39
<b>4</b>	<b>METODE.....</b>	<b>41</b>
4.1	Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming.....	41
4.2	Valg av fremgangsmåte .....	44
4.3	Fokusgrupper som metode .....	45
4.3.1	Utarbeidelse av intervjuguide .....	46
4.3.2	Valg av informanter .....	48
4.3.3	Utvalgsprosessen.....	49
4.3.4	Gjennomføring av fokusgruppene .....	50

4.4	Transkribering og analyse.....	53
4.5	Troverdighet, bekreftbarhet, overførbarhet og metodekritikk.....	56
4.6	Forskningsetiske vurderinger .....	59
5	<b>PRESENTASJON AV RESULTATER.....</b>	<b>61</b>
5.1	<b>Operasjonssykepleiens særegne kjennetegn .....</b>	<b>61</b>
5.1.1	<i>Om praktiske ferdigheter og evne til omstilling .....</i>	<i>62</i>
5.1.2	<i>Om å disponere kunnskap .....</i>	<i>64</i>
5.1.3	<i>Om å ha pasienten i fokus .....</i>	<i>67</i>
5.1.4	<i>Om samarbeid og respekt i det kirurgiske teamet.....</i>	<i>68</i>
5.1.5	<i>Om automatisering av handlinger.....</i>	<i>72</i>
5.1.6	<i>Om overførbarhet av erfaringer.....</i>	<i>73</i>
5.2	<b>Strukturelle sider i en operasjonsavdeling.....</b>	<b>75</b>
5.2.1	<i>Tilrettelegging for bedre mestring av akutte eller uventede situasjoner .....</i>	<i>75</i>
5.2.2	<i>Anvende kompetansen hos operasjonssykepleierne .....</i>	<i>78</i>
5.2.3	<i>Tempo, tid og drift som bestemmende faktorer .....</i>	<i>79</i>
5.3	<b>Kulturelle aspekter i en operasjonsavdeling.....</b>	<b>81</b>
5.3.1	<i>Holdninger til samarbeid i en operasjonsavdeling .....</i>	<i>81</i>
5.3.2	<i>Tradisjoner i en operasjonsavdeling som innvirker på fagutvikling.....</i>	<i>85</i>
5.3.3	<i>Operasjonssykepleiernes beskrivelse av seg selv.....</i>	<i>87</i>
5.4	<b>Kontekstuelle og relasjonelle forhold .....</b>	<b>89</b>
5.4.1	<i>Erfaringer med bakgrunn i deltakelse i operasjonssykepleiepraksis.....</i>	<i>89</i>
5.4.2	<i>Hvordan erfaringen kan brukes i diskusjoner for å fremme faget .....</i>	<i>92</i>
5.4.3	<i>Hvordan overholde taushetsplikten?.....</i>	<i>95</i>
5.5	<b>Indre betingelser og prosesser hos operasjonssykepleiere .....</b>	<b>95</b>
5.5.1	<i>Hvordan kunnskap er basis for operasjonssykepleiepraksis.....</i>	<i>96</i>
5.5.2	<i>Operasjonssykepleiernes krav til egen fagutvikling.....</i>	<i>97</i>
6	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>99</b>
6.1	<b>Samarbeid innad i profesjonen og dets innvirkning på læringsmulighetene</b>	<b>100</b>
6.1.1	<i>Faktorer som kan hindre læring fra erfarne til nyutdannede .....</i>	<i>101</i>
6.1.2	<i>Faktorer som kan hindre læring fra de nyutdannede til de erfarne.....</i>	<i>106</i>
6.1.3	<i>Yrkesidentitet som motivasjon for å skape fruktbart praksisfelleskap.....</i>	<i>108</i>
6.2	<b>Samarbeid i det kirurgiske team og dets innvirkning på operasjonssykepleiernes læringsmuligheter .....</b>	<b>112</b>
6.2.1	<i>Operasjonssykepleier og kirurg, et mangesidig samarbeid.....</i>	<i>113</i>
6.2.2	<i>Tverrfaglig praksisfelleskap som fundament for kompetanseutvikling. ....</i>	<i>117</i>
7	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>121</b>
7.1	<b>Tanker om videre forskning.....</b>	<b>122</b>
8	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>123</b>



**VEDLEGG:**

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om tilgang til informanter

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 4: Svar på henvendelse fra REK

Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)



# 1 Innledning

En operasjonsavdeling er en pulserende avdeling, den er preget av effektivitet og målrettet drift. Avdelingen skal ta imot og behandle pasienter som skal inn til større eller mindre planlagte (elektive) inngrep. Den skal også imøtekomme behovet for behandling av pasienter som av ulike årsaker påkrever øyeblikkelig hjelp. Denne siste kategorien pasienter omhandler et bredt spekter av typer inngrep og grader av hast. I følge Statistisk sentralbyrå ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)) øker aktiviteten i spesialisthelsetjenesten for hvert år og stadig flere får behandling. Bedre medisiner og ny teknologi fører til at tilbudet bedres. Dette gir store endringer i mulige behandlingsmetoder.

Det er nødvendig for sykepleiere og operasjonssykepleiere å møte endringene med den kunnskapen, ferdighetene og profesjonell dyktighet i praksis som til en hver tid er nødvendig. Utvikling av profesjonell kompetanse innebærer blant annet kritisk refleksjon, villighet til å videreutvikle sin kompetanse i tråd med det som kreves i forhold til utviklingen i sykepleiepraksis. En sykepleier kan ikke lengre beskrives som å inneha kompetanse for alltid. Sykepleiere (som andre yrkesgrupper) må forplikte seg til livslang læring (Domino 2005, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1997 - 98).

Overskrift som viser til masteroppgave av Aase Hynne: *Ikke tid til faglige oppdateringer* (Adresseavisen 19.01.09) viser til sykepleieres manglende tid og mulighet til å ta opp noe faglig i arbeidstiden. Det er økonomi og drift som skal prioriteres. Det påpekes i avisartikkelen at pasientene kan bli skadelidende. I en kronikk av Haugdahl og Bjerkeset: *Fagnivået blant sykepleiere* i samme avis (23.01.09) gis en kommentar til den nevnte avisartikkel. Forfatterne påpeker to forhold som vanskeliggjør fagutvikling: døgnkontinuerlig drift og uforutsigbarhet. De viser også til større arbeidsbelastning og behandling som skjer ved stadig mer avanserte metoder. Dette stiller krav til samarbeid mellom ulike faggrupper i sykehus.

Endringer i krav til produksjon og inntjening i sykehusene, innsatsstyrt finansiering (Helse og Omsorgsdepartementet 2003) kan føre til at fagutvikling og pasientsikkerhet kan bli skadelidende. Kontinuerlig kompetanseutvikling er nødvendig for å kunne gi faglig forsvarlig helsehjelp til pasienten.

When a person thinks he or she knows all there is to know, cognition becomes stagnant and the status quo becomes the accepted modus operandi. This can result in complacency as well as danger to patients and the nurse (Girard 2007: 117).

Sikkerhet for pasienten, er et viktig mål. Hvordan denne sikkerheten skal oppnås er et område som det arbeides med. I Norge har Meldesentralen i Statens helsetilsyn ansvar for å samordne all informasjon om uønskede hendelser i helsetjenesten. Hovedformålet med meldeplikten er å avklare bakgrunnen for hendelsen og forebygge at liknende hendelser skjer på nytt. Den er ment å skulle støtte opp under systemet for internkontroll og kvalitetsarbeidet i helseinstitusjonene ([www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no)). Det finnes per i dag ikke noe nasjonalt system i Norge for rapportering og forebygging av uheldige hendelser (Hjort 2007).

Internasjonale tall fra retrospektive studier av uheldige hendelser i helsetjenesten, viser svært ulike tall. Årsaken til dette kan være ulike utvalgsmetoder og det fakta at ikke alle hendelser blir dokumentert i pasientjournal. En beregning på bakgrunn de internasjonale tallene er at ca 10 % av de somatiske sykehuspasientene rammes av en uheldig hendelse (Hjort 2007). Dette grunnlaget ble brukt til en teoretisk beregning av uheldige hendelser i Norge i 2005, totalt ble 806.466 pasienter behandlet ved somatiske sykehus dette året. Det førte til en beregning på ca 80.000 uheldige hendelser og ca halvparten kunne vært forebygget. Av disse uheldige hendelsene beregnes ca 5 % til dødelig utgang – ca 4000 dødsfall (SSB 2006 i Hjort 2007). Hjort poengterer at spesielt antall dødsfall virker alt for høye, men det finnes ikke tall basert på norske undersøkelser. Internasjonale undersøkelser viser at 5,6 % av alle uheldige hendelser resulterte i dødsfall (Gawande et al 1999). Kirurgi har mange uheldige hendelser, funn viser at 66 % av alle uheldige hendelser skjer i kirurgi og 54 % kunne vært forebygget (Gawande et al 1999). Årsakene til uheldige hendelser er mange, kommunikasjonsproblemer er påpekt som en vesentlig faktor (Seiden, Barach 2006, i Hjort 2007, Makary et al 2006). Et annet vesentlig problem er gjenglemt utstyr inne i pasientene, risikoen for dette er størst ved akutte situasjoner og ved endring av prosedyre (Gawande et al 2003). Disse tallene viser noen av de utfordringene operasjonssykepleierne må forholde seg til.

Det er tankevekkende når beregninger viser at over halvparten av alle uheldige hendelser kunne vært forebygget. Flyfarten blir brukt som eksempel på hvordan holdningsendring kan forhindre at uheldige hendelser oppstår. Punkter som er framhevet fra flyfarten er god kommunikasjon, åpen rapportering, lære av hendelsen, trygghet i organisasjonen og et ledelsesansvar (Mjøs 2003).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Operasjonssykepleie skal utføres i samsvar med gjeldende helselovgivning, pasienten har kvav på faglig forsvarlig helsehjelp (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a).

Operasjonspasienten er i en tilstand som kan endres raskt. Operasjonssykepleieren må være forberedt på disse mulige endringene, hun/ han må være forutseende, ha oversikt og arbeide raskt, rasjonelt og kreativt under stress. Improvisasjon er av stor betydning i arbeid med operasjonspasienten (Bäckström et al 2008). I rammeplan for utdanningen er det beskrevet at operasjonssykepleier etter endt utdanning skal videreutvikle den personlige og faglige kompetansen som operasjonssykepleier (Utdannings og forskningsdepartementet 2005). Operasjonssykepleiere har også et fagutviklings og forskningsansvar som blant annet innebærer å endre egen fagutøvelse i tråd med utviklingen av faget og pasientenes behov for helsehjelp (Bäckström et al 2008). Kontinuerlig utvikling av kompetanse er dermed pålagt og en del av den daglige yrkesutøvelsen.

I operasjonssykepleiernes funksjonsbeskrivelse står følgende:

Operasjonssykepleier har kompetanse som gir myndighet og ansvar for egen yrkesutøvelse og for den helhetlige operasjonssykepleie i avdelinger hvor pasienter med sykdom eller skade gjennomgår planlagt eller akutt kirurgisk inngrep, behandling eller undersøkelse (Bäckström et al 2008: 11).

Ved elektive inngrep, men også i akutte situasjoner eller ved uventede hendelser, er det dermed påkrevd med handlingskompetanse som imøtekommer pasientens behov for helsehjelp (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a og 1999b).

Med bakgrunn i de utfordringene som er en del av operasjonssykepleiernes yrkesutøvelse synes jeg det var interessant å se nærmere på hvordan operasjonssykepleierne håndterer kompleksiteten i møte med pasientene. Jeg har fra egen yrkesutøvelse i operasjonsavdeling opplevd noen av utfordringene. Døgkontinuerlig drift og uforutsigbarhet er også etter mine erfaringer to faktorer som både er utfordrende og spennende. Uforutsigbarheten i operasjonssykepleieryrket kan også være en vesentlig grunn for å velge denne spesialiteten. Et spenningsmoment som gjør at hver vakt er ulik den forrige. Det var med dette som bakgrunn jeg ønsket å se nærmere på operasjonssykepleiernes møte med akutte situasjoner eller uventede hendelser på operasjonsstua.

En bok utgitt av Pär Nygren vakte min interesse for begrepet handlingskompetanse. Denne boka var utgitt med basis i Kryssildprosjektet, et prosjekt under Kunnskapsutvikling i Profesjonsutdanning og Profesjonsutøving (KUPP). Kryssildprosjektet har blant annet fokus på utvikling av profesjonelle kompetanser med fokus på ulike læringsarenaer (<http://web.hil.no/kryssildprosjektet>). Nygren har gjennomført en rekke prosjekter og har en bred erfaring innen de sosiale, sosiologiske og psykososiale fagfeltene. Det oppfordres i prosjektets sluttrapport til forskning rundt samspill mellom profesjonskvalifisering og profesjonsutøving, og mellom kvalifisering i utdannings- og arbeidsorganisasjon.

Når jeg ser de utfordringer operasjonssykepleierne har i sin yrkeshverdag opp i mot de krav som stilles til kontinuerlig kompetanseutvikling og ivaretagelse av pasientsikkerheten er det mange forhold som kan studeres. Jeg har gjort mine valg ut fra egne erfaringer som operasjonssykepleier i kombinasjon med den erfaring jeg har som lærer ved samme spesialutdanning.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Utfordringene for operasjonssykepleierne er komplekse, slik jeg har beskrevet over. Sikkerhet for pasienten er hovedfokus, men også operasjonssykepleiernes sikkerhet skal ivaretas. Hvis de ikke kan utøve sitt yrke med den kompetansen som er nødvendig, kan både pasient og operasjonssykepleier bli skadelidende. Jeg har ut fra dette formulert følgende problemstilling:

### **Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?**

Med utgangspunkt i problemstillingen mener jeg det var viktig å få kjennskap til hvordan operasjonssykepleiere selv karakteriserer operasjonssykepleie. Videre var det interessant å vite hvordan de opplevde å delta ved uventede hendelser eller akutte situasjoner. Det var i tillegg interessant å se i hvilken grad de benytter erfaringer og på hvilken måte de tilegner seg kunnskap i sin videre læring. Til slutt ville jeg se på om det var noe som hindret fagutviklingen.

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hvordan operasjonssykepleiere opplever kompleksiteten ved å ha handlingskompetanse i alle situasjoner. Det ville også være interessant å se hvordan operasjonssykepleierne opplever muligheten til å videreutvikle sin handlingskompetanse. Denne kunnskapen kan senere komme til nytte ved fagutvikling og utviklingsarbeid i operasjonsavdelinger og utdanningsinstitusjoner.

### **1.3 Avgrensning av tema**

Jeg har valgt å avgrense tema til å gjelde uventede hendelser eller akutte situasjoner.

Uventede hendelser eller akutte situasjoner er ikke klart avgrenset, verken til situasjon, størrelse eller vanskelighetsgrad. Eksempler på slike situasjoner kan være en uventet blødning under et inngrep som krever andre tiltak enn de som i utgangspunktet var planlagt. Det kan ha skjedd en bilulykke og det blir meldt pasient/er i mottakelsen, skadeomfang er ukjent. På nattevakt kan det bli meldt en pasient som må opereres akutt på grunn av at en utposning på hovedpulsåren i magen har sprukket. Det som er felles med disse eksemplene er at operasjonssykepleierne ikke er forberedt, eller de vet ikke eksakt hva som venter eller kreves i situasjonen. Operasjonssykepleiere skal være forberedt og opplært til å mestre slike situasjoner. Den faglige forsvarligheten skal opprettholdes uavhengig av pasientens tilstand og situasjon.

### **1.4 Oppgavens oppbygning**

I dette kapitlet har jeg gjort rede for bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.

I kapittel 2 redegjør jeg for den teoretiske referanserammen med utgangspunkt i valgt litteratur. Teori om sosiokulturelt perspektiv på læring, læring i yrkespraksis og handlingskompetansens innhold og utvikling presenteres.

Kapittel 3 viser kort hvordan søk etter forskning om tema er gjennomført. Videre følger en gjennomgang av den foreliggende forskningen som omhandler utfordringer i operasjonssykepleie i komplekse situasjoner og utvikling av handlingskompetanse.

I kapittel 4 viser jeg hvordan studien er planlagt og gjennomført. Jeg viser hvilke valg jeg har gjort og begrunner disse. Fokusgrupper som metode blir beskrevet og jeg reflekterer over troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet. Til slutt viser jeg kort til forskningsetiske vurderinger.

I kapittel 5 presenterer jeg funn fra fokusgruppene. Denne presentasjonen er basert på kategorisering av datamaterialet fra fokusgruppene.

I kapittel 6 diskuterer jeg to hovedområder opp mot teori og empiri. De to områdene er hvordan læringsmulighetene for det første påvirkes av samarbeid innad i profesjonen, og for det andre av samarbeid i det kirurgiske team.

Kapittel 7 inneholder avslutning og tanker om videre forskning.



## **2 Teoretisk referanseramme**

I denne oppgaven ønsker jeg å fordype meg i videreutvikling av operasjonssykepleieres handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua. Operasjonssykepleie er et fagfelt som mange opplever foregår ”et lukket rom”. Jeg vil svært kort beskrive historikken til utdanningen og vise operasjonssykepleieres kompetanse, samt vise til myndighetsområde og funksjonsansvar for operasjonssykepleiere. Kanskje kan jeg bidra til å åpne dette lukkede rom.

I forhold til læringsperspektivet har jeg tatt utgangspunkt i et sosiokulturelt perspektiv som har et helhetlig perspektiv på læring. Situert læring er en viktig del av det sosiokulturelle perspektivet og jeg benytter teori om refleksjon som supplement. Refleksjon er betegnet som svært viktig for å utvikle kompetanse. Taus kunnskap, bruk av skjønn og intuisjon er eksempler på momenter som er mye omtalt i litteratur om læring. Jeg vil også koble disse momentene opp mot handlingskompetanse i operasjonssykepleie.

For å forstå begrepet handlingskompetanse og hvordan dette kan videreutvikles har jeg valgt å ta utgangspunkt i Nygrens bok, ”Handlingskompetanse – om profesjonelle personer”. Hans teorier bruker jeg som hovedkilde for innhold og utvikling av handlingskompetanse. Mye av den valgte teoretiske referanserammen er basert på Nygrens prosjekt, men jeg vil også trekke inn andre relevante tilnærminger der det er naturlig i forhold til min problemstilling. Den valgte teoretiske referanserammen er et resultat av min forforståelse og forståelse, som er påvirket av mine erfaringer og kunnskaper.

### **2.1 Operasjonssykepleie**

Operasjonssykepleie har en lang tradisjon og var den første spesialiteten innen sykepleiefaget. Sist på 1800 - tallet var operasjonssykepleiers funksjon å bistå kirurgen under inngrep. Hun hadde både ansvar for utstyret som ble benyttet, samt ansvar for at pasienten var skikkelig bedøvet. Fra 1930 - tallet ble det spesialutdanning som operasjonssykepleier, læretiden i praksisavdeling var ett år med bindingstid i to år. I 1952 ble det utformet utdanningsplan for operasjonssykepleiere, læretiden var fortsatt ett år og det er beskrevet både undervisning i teori og praksis (Høiland 1996). Utdanningene rundt om i landet var drevet av sykehusene og modellene har vært ulike både i forhold til lengde og innhold. På

bakgrunn av stortingsvedtak i 1997, ble det vedtatt at blant annet spesialutdanning i operasjonssykepleie skulle overføres til høgskolene og utdanningens lengde skulle være på 1,5 år. Det ble innført Rammeplan i 1999 for å sikre innhold og mål i utdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

Operasjonsutdanningen er i dag på 90 studiepoeng og består av 50 - 60 % praksis og resterende teori. Hensikten med videreutdanning i operasjonssykepleie er å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere til å gi faglig forsvarlig operasjonssykepleie til pasienter som gjennomgår kirurgiske undersøkelser og/ eller inngrep. Operasjonssykepleie er en spesialitet som krever kunnskaper om og forståelse for den akutt og/ eller kritisk syke pasienten. Det kreves at operasjonssykepleieren er forutseende, har oversikt og kan arbeide raskt, rasjonelt og kreativt under stress. Det kreves også at operasjonssykepleieren kan improvisere når situasjonen krever det (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). Steinsholt og Sommerro viser til Dewey som påpeker at improvisasjon er *”å åpne opp for våre unike evner til å la oss begeistre og la oss drive med av hendelsens flyt og samtidig spontant å kunne endre den under veis”* (2006: 20). Jeg mener at denne beskrivelsen er gjenkjennbar fra praksis når flyt, samarbeid og en problemløsende praksis fører til et optimalt resultat for pasienten.

Operasjonssykepleiere har kompetanse som gir myndighet og ansvar for egen yrkesutøvelse og for helhetlig operasjonssykepleie. Fagermoen (1993) beskriver sykepleiens kompetansegrunnlag som bestående av tre dimensjoner: det etiske grunnlaget, vitenreservoaret og handlingsrepertoaret. Det etiske grunnlaget er overordnet, på bakgrunn av ansvaret for pasienten som styrer fokus for operasjonssykepleien. Vitenreservoaret omhandler kunnskap, forståelse og innsikt i og for pasientens problemer. Kunnskapen er ikke statisk, den må læres og utvikles, tid til opplæring, refleksjon og oppfølging må prioriteres. Handlingsrepertoaret er delt i tre områder, for det første rasjonelle ferdigheter som inneholder problemløsning, konsekvensanalyse, kritisk tenkning, klinisk vurdering og beslutningsevne. Det andre området er samhandlingsferdigheter som består av kommunikasjon, samarbeid, undervisning, veiledning og ledelse. Det siste området manuelle ferdigheter, inkluderer alle ferdigheter som involverer hender og kropp for øvrig. Det beskrives at operasjonssykepleiers kompetanse må utøves og læres i praksis. I møte med pasienten er dimensjonene vevd inn i hverandre og utgjør en helhet i operasjonssykepleien (Bäckström et al 2008). Nygren viser til Eraut som også benytter en tredeling av profesjonell kompetanse i sosialt arbeid. Kunnskaper,

ferdigheter og verdier er de sentrale elementene, de må integreres til en helhet i den profesjonelle kompetansen (Nygren 2004). Et eksempel kan være ved tilrettelegging av pasienten på operasjonsbordet (leiring), operasjonssykepleier må ha inngående kunnskaper om anatomi og fysiologi, samt kunnskap om de tilgjengelige hjelpemidlene til leiringen. Hun/ han må ha ferdigheter i å anvende hjelpemidlene og se deres muligheter og begrensninger. Til sist må leiringen utføres til det beste for *denne* pasienten.

Myndighetsområde og funksjonsansvar for operasjonssykepleiere, viser til helhetlig operasjonssykepleie som bestående av: terapeutisk-, pedagogisk- og administrativt ansvar, samt fagutvikling og forskningsansvar (Bäckström et al 2008). Det terapeutiske ansvaret er en pasientnær funksjon som får konsekvenser for pasienten direkte. Operasjonssykepleier skal utføre denne i samsvar med Lov om helsepersonells krav til faglig forsvarlighet, krav til taushetsplikt og opplysningsrett (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a). En skal sikre pasienten mot å bli påført ytterligere traume enn det inngrepet utgjør i seg selv. Operasjonssykepleier må ha inngående kunnskaper om blant annet mikrobiologi, smittekjeden, sterilitet, generelle og spesielle infeksjonsforebyggende tiltak. Hun/ han må ha kunnskap om anatomi, fysiologi, patofysiologi og kirurgi for å benytte kunnskapen med det mål å forebygge tilleggsbelastninger til pasienten i forbindelse med inngrepet. Kunnskap om kontroll og håndtering av instrumenter og kompresser osv, samt kunnskap om medisinsk teknisk utstyr er nødvendig. Operasjonssykepleien skal utføres med respekt for pasienten og til pasientens beste. Operasjonssykepleier skal være oppdatert gjennom kontinuerlig faglig utvikling og læring, og slik sørge for en kunnskapsbasert praksis basert på den best tilgjengelige kunnskapen. Dokumentasjon av operasjonssykepleien skal inneholde alle nødvendige og relevante tiltak i henhold til helsepersonelloven (Bäckström et al 2008, Helse og Omsorgsdepartementet 1999a).

De tre andre ansvarsområdene innebærer indirekte pasientrettet arbeid. Operasjonssykepleierens pedagogiske ansvar omhandler undervisning, veiledning og informasjon til pasienter, pårørende, studenter og medarbeidere (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a, 1999b). Det administrative ansvaret er en rammefaktor i all operasjonssykepleie. Aktuelle ansvarsområder er: planlegging, organisering, delegerer arbeidsoppgaver, samarbeide og ta ansvar for forsvarlig bruk av ressurser. Det siste ansvarsområdet fagutvikling og forskning er rettet mot kvalitetsforbedring av all operasjonssykepleiepraksis. Det innebærer å tilegne seg

nye kunnskaper, men også omsette den allerede eksisterende viten i praksis (Bäckström et al 2008).

Operasjonssykepleiere arbeider i kirurgiske virksomheter hvor pasientene er i alle livsfaser og livssituasjoner. Kirurgiske inngrep og/ eller undersøkelser som pasienten skal gjennomgå, er elektive eller ulike grader av øyeblikkelig hjelp. I forbindelse med alle inngrep kan det oppstå uventede hendelser eller akutte situasjoner, det er en del av arbeidshverdagen til operasjonssykepleierne. Slike situasjoner er uforutsigbare og behov for intervensjon vil være forskjellig fra gang til gang. Kreativitet og evne til improvisasjon er dermed vesentlige ferdigheter for operasjonssykepleiere.

I følge Lov om helsepersonell § 4 om forsvarlighet, skal helsepersonell ”utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a). Det innebærer at det stilles høyere forventning til operasjonssykepleiere med lang og variert erfaring enn til en med kort erfaring (Bäckström et al 2008).

Operasjonssykepleiere arbeider oftest to sammen i et team inne på operasjonsstua. Ved kirurgiske inngrep er en operasjonssykepleier *sterilt utøvende*; arbeider i det sterile feltet sammen med kirurg/er. Hun/han er ansvarlig for håndtering og kontroll av instrumenter og annet sterilt utstyr. God kunnskap om inngrepet er viktig for å kunne iverksette tiltak og bidra til at inngrepet forløper til pasientens beste. Den andre er *koordinerende* og har ansvar for å være et bindeledd mellom de som arbeider i det sterile feltet og resten av avdelingen. Den *sterilt utøvende* er avhengig av godt samarbeid med den *koordinerende* og samarbeidet er viktig for den helhetlige operasjonssykepleien. Fra egen erfaring settes det ikke opp to som er nyutdannede på samme stue ved kirurgiske inngrep av en viss vanskelighetsgrad. Dersom inngrep krever en viss erfaring, vil den som har det administrative ansvaret for operasjonsprogrammet, planlegge fordelingen av personalet slik at det minst vil være en med høyere kompetanse inne på operasjonsstua. Dette for å sikre faglig forsvarlighet i henhold til helsepersonelloven (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a).

Sammensetningen av operasjonssykepleierteam kan være forskjellig fra dag til dag, en får dermed ikke den kontinuiteten som er kjennetegnet på team (Levin, Rolfsen 2004). En kan også utvide teambegrepet til tverrfaglig team (kirurgisk team) og la det innbefatte de andre

yrkesgruppene som arbeider med pasienten. Det vil være anestesisykepleier, anestesilege og kirurg/er som er deltakere med det formålet å gi pasienten faglig forsvarlig behandling.

Med bakgrunn i operasjonssykepleiers ansvarsområder, og lovgivningens krav til faglig forsvarlighet vil videreutvikling av handlingskompetansen være av stor betydning. En operasjonssykepleier blir aldri ferdig utlært, det stilles kontinuerlige krav til oppdatering og endring av praksis.

## 2.2 Klokskap i handling

Operasjonssykepleie utøves i direkte kontakt med pasienter. Det etiske grunnlaget, vitenreservoaret og handlingsrepertoaret er de tre grunndimensjonene i operasjonssykepleiers kompetanse. Innholdet i disse dimensjonene ser jeg i sammenheng med Aristoteles tredeling av kunnskap. Den første er viten, *episteme* den teoretiske, tradisjonelle vitenskapelige kunnskapen. Den andre formen er kunnen, *technè* det håndverksmessige, den praktiske utførelsen. *Technè* har et mål utenfor selve handlingen, det kan beskrives som en type praktisk kunnskap. Den siste formen er klokskap *fronesis*, den praktiske og sosiale kunnskapen. Der selve handlingen er målet, det beskrives også som handlingskunnskap (Aristoteles, Stigen 1999, Nortvedt, Grimen 2004). Utvikling av handlingskompetanse skjer på grunnlag av ulike former for kunnskap og hvordan en tilegner seg denne kunnskapen.

Tilegnelse av kunnskap er et sentralt punkt i utvikling av handlingskompetanse. Aristoteles betraktet viten, som en høyere form for kunnskap. Målet var å finne vitenskapelige metoder for å finne den sanne kunnskap. ”For det man vet, kan bevises, og kunnen og klokskap dreier seg jo om ting som kan være annerledes” (Aristoteles, Stigen 1999: 62). Det utføres i dagens samfunn en mengde ulik forskning, alle har som mål å finne den ”sanne” kunnskap, vi er på leting etter det som kan bevises eller begrunnes. I forhold til operasjonssykepleie kan det forstås som kunnskap som grunnlag for kunnskapsbasert praksis.

I operasjonssykepleie er praktisk kunnskap, som omhandler både kunnen og klokskap, en del av kompetansen. Det kan beskrives som handlingsrepertoaret. Klokskap må læres og erfares i praksis, den er det som bestemmer hvordan en praktiker går fram i situasjoner, ”å vite hvordan”. Kunnskapen må føre til handling, handlingen er målet (Aristoteles, Stigen 1999).

Aristoteles beskrev at klokskap ikke trenger å bygge på viten eller kunnen. Klokskap er i følge Aristoteles en holdning som omhandler handlinger, som innebærer en sann mening om hva som er godt og vondt for mennesket. Et menneske uten viten kan handle med klokskap, dette gjelder særlig de erfarne (Aristoteles, Stigen 1999). Aristoteles klokskap er knyttet til personer og deres erfaringer, klokskap kan vokse med erfaringer (Nortvedt, Grimen 2004). Klokskap kan være å sanse at pasientens smil egentlig skjuler angst. Det kan også være å bruke skjønn ved leiring av pasienten på operasjonsbordet, hun må velge det rette handlingsalternativet.

Praksiskunnskap inneholder det ”å vite hvordan”, en benytter erfaring i handlingen og taus kunnskap kan være en del av begrepsapparatet (Levin, Rolfsen 2004). Praksiskunnskap må også inneholde viten, en må ha kunnskap om hvorfor en handling er rett eller god. Klokskap inneholder også det etiske grunnlaget i operasjonssykepleien, alt det som utføres, skal være til beste for pasienten. Alle formene for kunnskap må utvikles, både den eksplisitte teoretiske kunnskapen og praksiskunnskapen i et tett samspill. Hvordan vi lærer, har vært og er fortsatt en aktuell tematikk. Tradisjonelt har det vært to hovedperspektiver i synet på læring, et individuelt kognitivt perspektiv og et sosiokulturelt perspektiv. Jeg vil kort nevne det kognitive perspektivet og deretter komme nærmere inn på det sosiokulturelle perspektivet.

### **2.3 Kognitivt perspektiv på læring**

Operasjonssykepleiere må være fortrolig med en mengde teoretisk kunnskap for å inneha handlingskompetanse. Læring og bearbeiding av denne typen kunnskap kan foregå individuelt. I en kognitiv læringsforståelse sees læring på som en individuell prosess, en prosess som foregår inne i holdet på den enkelte person (Säljö 2001). Det kan være reproduksjon av allerede ferdigpakket kunnskap, et individuelt prosjekt som gir individuelle resultater, kunnskapen er abstrakt og allmenn (Nygren 2004). Kunnskapen er løsrevet fra situasjon og den kan benyttes overalt og i alle situasjoner, objekt og subjekt er atskilt. Innenfor en konstruktivistisk læringsteori, vektlegges individets aktive læringsprosess. Individet tar i mot kunnskap eller innhenter kunnskap aktivt og benytter denne kunnskapen til tolkning og setter den i en sammenheng med eksisterende rammeverk (Säljö 2001). Operasjonssykepleier har tilegnet seg kunnskap, denne kan benyttes i reelle situasjoner og kan kobles til praktiske utfordringer i yrkespraksis. Den er allmenn og kan benyttes

uavhengig av kontekst. Et eksempel på kunnskap som kan læres og benyttes på denne måten er anatomi, det er basiskunnskap som må være tilstede hos operasjonssykepleier.

## **2.4 Sosiokulturelt perspektiv på læring**

Operasjonssykepleie utøves som deltakelse i praksis og har pasienten i fokus. I problemstillingen er videreutvikling av handlingskompetanse hovedfokus. Det er dermed naturlig å se nærmere på det sosiokulturelle perspektivet hvor fokus er flyttet fra individ til læringsfellesskapet, det er den menneskelige samhandlingen som er i fokus. Konteksten læringen foregår i, er avgjørende for hvilken læring og hvordan læringen skjer (Dreier 1999).

I følge Nygren er det sosiokulturelle perspektivet i hovedsak tuftet på den kulturhistoriske virksomhetsteorien som har sine røtter tilbake til psykologene Vygotsky, Leontjev og Luria. Andre teoretiske grener som er vokst ut fra denne tenkningen er den kritiske psykologien og tradisjonen rundt situert læring. Dreier er representant for den kritiske psykologien og Lave og Wenger er de fremste representantene for situert læring (Nygren 2004). Jeg vil i det følgende ikke skille de ulike teoretiske retningene, men jeg vil se på det sosiokulturelle perspektivet som en grunnlagstenkning forbindelse med videreutvikling av operasjonssykepleieres handlingskompetanse.

Vygotsky så på læring og utvikling som grunnleggende sosiale prosesser. Læringen foregår i et samspill mellom kollektive ressurser for tenkning og handling på den ene siden, og individers læring på den andre (Säljö 2001, Wittek 2004).

Vygotsky mente at indre prosesser, det som finnes inni hodet, kommer som en følge av ytre aktivitet sammen med andre, ved bruk av hjelpemidler, i spesifikke kulturelle miljøer. Det er i sine ytre aktiviteter at mennesket skaper seg et råmateriale for indre prosesser (Strandberg 2008: 25).

### **2.4.1 Læring som deltakelse**

Et begrep som "learning by doing" har hatt innflytelse på læring i praksis. "Det er i praksis vi lærer" er et vanlig utsagn fra operasjonssykepleiestudenter. Operasjonssykepleieres handlingskompetanse forutsetter ferdigheter og kunnskaper som kan omsettes til handling til beste for pasienten. Læring kan på bakgrunn av denne tenkningen sees på som deltakelse i sosiale praksiser eller virksomheter. Den kulturhistoriske virksomhetsteorien har fokus på

relasjoner mellom mennesker og mellom mennesker og deres omverden som ikke kan bli etablert og videreutviklet på annen måte enn gjennom de virksomheter som menneskene gjennomfører (Nygren 2004: 72). Utvikling av kompetanser skjer ikke bare i profesjonelle sammenhenger, men i alle relasjonelle kontekster.

Dreier viser til læring i ulike handlekontekster, en person deltar i mange samfunnsmessige praksiser. Deltakelse i en praksis har nødvendigvis ikke læring som mål, men all deltakelse fører med seg læring. Vi beveger oss i forskjellige handlekontekster i forhold til blant annet skole, familie, venner, arbeid og fritid. I alle disse kontekstene vil det skje læring, den skjer på tvers av handlekontekstene. Det er en form for utilsiktet læring som skjer nærmest automatisk, dette kalles medlæring. Intendert læring har læring som mål, de to formene overlapper hverandre siden våre handlinger sjelden kun har en hensikt (Dreier 1999). Dreier tar utgangspunkt i kritisk psykologi og viser til at i samband med deltakelse, har læring å gjøre med endring og utvikling av de personlige forutsetninger for deltakelse. Jeg forstår det slik at en person kan, ved å endre sin funksjon i deltakelsen, endre sitt funksjonsnivå. Endringen går i retning av å bli fullverdig deltaker. Dreier kobler teorien om læring ved deltakelse i samfunnsmessige praksiser til teorien om situert læring (Dreier 1999).

#### ***2.4.2 Menneske i kultur***

Kulturen en viktig del av det sosiokulturelle læringsperspektivet, i denne studien er operasjonssykepleiernes kultur sentral. Med kultur menes den samling av ideer, holdninger, kunnskaper og andre ressurser vi erverver oss gjennom interaksjon med omverdenen. Vygotsky mente at mennesket ikke kan sees på som delt mellom ytre og indre, mennesket er i verden og en del av kulturen (Strandberg 2008). I forhold til operasjonssykepleie vil kulturen bære preg av blant annet gjennomført utdanning, tradisjoner for kommunikasjon og samhandling, samt hvordan praktiske ferdigheter utøves. Samlet kan dette sees på som rammer for praksisutøvelsen. Evnen til å tenke og lære handler om å beherske noe som ligger utenfor kropp og hjerne. Som en samlebetegnelse på alle disse ressursene som finnes delvis hos individene, delvis i den sosiale interaksjonen og delvis i de materielle omgivelsene, kan en bruke begrepet kultur (Säljö 2001). Sosiokulturelle perspektiver på læring handler om hvordan mennesker tilegner seg kunnskap og formes ved å delta i kulturelle aktiviteter (Säljö 2001, Wittek 2004).



Som en del av kulturen er de fysiske redskapene – artefakter, som er menneskeskapt redskaper eller verktøy som brukes i de sosiale praksiser. Artefakter kan både være fysiske og intellektuelle/ språklige (Wittek 2004). For operasjonssykepleiere vil redskapene og hjelpemidlene som benyttes i behandling av pasienten, defineres som artefakter. Instrumenter til inngrepet, utstyr som brukes til desinfeksjon av huden, det sterile materialet som pasienten dekkes med, er eksempler på artefakter innen operasjonssykepleie.

Medierende (formidlende) artefakter viser til redskaper som benyttes i praksisen, de knytter sammen personene slik at selve artefaktet samtidig påvirker den måten personene blir sosialt knyttet sammen (Nygren 2004). Operasjonssykepleieren bruker sin personlighet i utøvelsen av ferdighetene. En handling er alltid mediert, en bruker erfaringer og innsikt i utøvelsen av ferdigheten (Wittek 2004).

Säljö beskriver det å mestre språklige og intellektuelle redskaper som sentralt i det sosiokulturelle perspektivet. Han framhever mediering som sentralt i den sosiokulturelle tradisjonen og noe som skiller denne tradisjonen fra en kognitivistisk tenkning. ”Mediering innebærer at vår tenkning og våre forestillingsverdener er vokst fram av, og dermed farget av vår kultur og dens intellektuelle og fysiske redskaper” (Säljö 2001: 83). Et eksempel kan være at operasjonssykepleier beskriver en pasients tilstand, den vil kunne beskrives på ulike måter, alt etter fokus for observasjonen og erfaringen til operasjonssykepleieren. Mestring av språket, inkludert fagterminologi og en bevissthet på hvordan det innvirker på pasienten og medarbeidere, er en del av det sosiokulturelle perspektivet. Lave og Wenger (2003) forklarer at språket er en del av praksis og det er i praksis vi lærer.

### ***2.4.3 Læring som deltakelse i praksisfellesskap***

Operasjonssykepleie er et yrke hvor utøvelsen og dermed videreutvikling av kompetanse foregår i praksis. Menneskelige virksomheter kan være tilfeldige og ustrukturerte, ved å koordinere deltakelse i ulike virksomheter over tid, kan dette defineres som praksis. Begrepet praksisfellesskap er essensielt i forhold til læring i et sosiokulturelt perspektiv. I følge Wenger i Lave og Wenger (2003: 169) skapes praksisfellesskap av tre dimensjoner:

- et gjensidig forpliktende engasjement hos deltakerne: engasjert mangfold, gjøre ting sammen, relasjoner, sosial kompleksitet, hva hemmer og hva fremmer
- et felles foretakende: gjensidig ansvarlighet, lokale tilbakemeldinger til hverandre
- et felles repertoar: felles fortellinger, artefakter, diskurser, handlinger, verktøy

Profesjonelt praksisfellesskap kan dermed defineres som et fellesskap som skapes, opprettholdes og utvikles over tid gjennom deltakerens bestemte former for koordinering av sine virksomheter til en bestemt form for kollektiv praksis (Nygren 2004: 74). Jeg anser operasjonsavdelingens praksisfellesskap til å passe i denne definisjonen. Det opprettholdes over tid, har en sosial kompleksitet, et felles repertoar, det har et mål som er optimal behandling av operasjonspasienten.

Læring og utvikling foregår en i prosess mellom ytre og indre betingelser. De indre betingelsene er personens intellektuelle og emosjonelle psykiske prosesser og de ytre betingelsene er den sosiokulturelle og materielle konteksten som kompetansen skal brukes eller utvikles innenfor. Disse betingelsene kan ikke sees på som atskilte prosesser, men som en dynamisk helhet. Deltakerperspektivet er viktig i begge sammenhengene, det vil jeg komme nærmere inn på i forbindelse med læring i yrkespraksis. Sosiokulturelt læringsperspektiv inneholder dermed både de individuelle kognitive og emosjonelle prosessene samt den situerte læringsteorien om hvordan læring foregår i et praksisfellesskap (Nygren 2004).

## **2.5 Læring i yrkespraksis**

Denne studiens problemstilling har operasjonssykepleieres videreutvikling av sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner som fokus. Læring i yrkespraksis er dermed et sentralt punkt i denne sammenhengen. Jeg har valgt å se nærmere på læring som deltakelse, situert læring, refleksjon og taus kunnskap som viktige elementer i dette perspektivet.

I operasjonssykepleie er deltakelse i praksis en nødvendighet i utdanningen, samt for videreutvikling av handlingskompetanse. Fra utdanningen har operasjonssykepleier ervervet seg en kompetanse som er generell og skal videreutvikles i yrkespraksis. Nygren kaller denne formen for kompetanse for kvalifikasjonsrelevant kompetanse. Yrkesrelevant kompetanse beskriver Nygren som den kompetansen som utvikles ved deltakelse i yrkespraksis (Nygren 2004). En persons totale kompetanse kan betegnes som profesjonell kompetanse. Den er utviklet gjennom deltakelse i en eller flere former for praksis, det gjelder både utdannings- og yrkespraksis. ”Den har en reell eksistens med forankring både i menneskets praksis, hennes kropp og i hennes relasjoner til sin omverden og til de oppgaver som hun der prøver å løse –

alene eller sammen med andre” (Nygren 2004: 136). Det er en dynamisk helhet mellom det ytre og indre.

### **2.5.1 Situert læring**

Situert læring innebærer en oppfattelse av kunnskap og læring som relasjonell. Deltakelse i praksisfellesskapet er nødvendig og læringen framskyndes av engasjement og dilemmaer. I situert læring forklares læringsprosessen som situert i en konkret sosial kontekst, lærings resultat blir preget av konteksten, læringen skjer i et praksisfellesskap, en utvikling fra legitim perifer deltaker til fullverdig deltaker. Den lærende er et aktivt subjekt i sin læring og bidrar til utvikling av den praksisen han deltar i (Lave, Wenger 2003). Operasjonssykepleier deltar i et praksisfellesskap, noe som er en forutsetning i situert læring.

Legitim perifer deltakelse viser til at den som lærer er i en dynamisk bevegelse fra perifer til full deltakelse i et praksisfellesskap, med læring som en integrerende bestanddel. Begrepet legitim perifer deltakelse sees på som et begrep som viser til relasjoner mellom nyankomne og erfarne, og om aktiviteter, identiteter, artefakter og vitens – og praksisfellesskaper. Læring i sosial praksis involverer hele personen, det er ikke bare en relasjon til spesielle aktiviteter, men det er en relasjon til det sosiale fellesskapet. Det innebærer at man over tid blir en fullverdig deltaker i det sosiale fellesskapet (Lave, Wenger 2003). Denne endringen kan sammenliknes med utvikling fra novise til ekspert. Novisen er den legitime perifere deltakeren i en praksis og eksperten er den fullverdige deltakeren (Dreyfus, Dreyfus 1999). En nyutdannet operasjonssykepleier vil være en legitim perifer deltaker, endring til fullverdig deltaker skjer ved deltakelse i praksisfellesskapet.

Følgende mål defineres som viktige i læringen i et praksisfellesskap (Nilsen et al 2007: 58):

- bli bedre i stand til å delta innenfor praksisfellesskapet
- kunne følge med i forandringer og fortsette sin deltakelse innefor et praksisfellesskap som er i forandring
- selv kunne bidra til forandringer innenfor praksisfellesskapet

Videreutvikling av operasjonssykepleieres handlingskompetanse kan settes i sammenheng med disse læringsmålene.

### **2.5.2 Refleksjon som læring**

I utøvelsen av operasjonssykepleie stilles det krav til å kunne handle raskt, rasjonelt og kreativt under stress (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). Erfaringer fra tidligere

situasjoner vil være et grunnlag for de vurderinger som gjøres i denne nye situasjonen. Den aktuelle pasientsituasjon vil alltid skille seg fra de foregående. Det vil dermed ikke være mulig å kun reagere på situasjonen, nye vurderinger må gjøres og individuelt tilpassede tiltak må iverksettes. Det vil være nødvendig både med refleksjon i handling og refleksjon over handling (Schön 2001).

Brødrene Dreyfus viser til utvikling fra novise til ekspert, som formelle trinn i en kompetansestige. Eksperten handler intuitivt og ser helheten i situasjonen (Dreyfus, Dreyfus 1999). De beskriver at en ekspert er en som ikke tenker når hun/ han handler, det forstår jeg som om handlingen er automatisert. De vektlegger i all hovedsak de praktiske ferdighetene i denne utviklingen. Schön er uenig i denne påstanden, han mener at eksperten ikke bare tenker, men også reflekterer i handlingen (Molander 1996, Schön 2001). Molander kritiserer også Dreyfus måte å klassifisere eksperten på, slik som Dreyfus beskriver eksperten er hun/ han utlært, det stemmer ikke i følge Molander, en person er aldri utlært. Et annet moment er Dreyfus manglende tilnærming til at en ekspert ikke bare reagerer på en situasjon, men også vet hvorfor hun/ han handler. Molander kaller dette for kunnskap i handling (Molander 1996).

Tanken om refleksjon i handling ble utviklet på bakgrunn av hvordan profesjonelle fagfolk kunne utvikle egen faglighet gjennom sitt daglige arbeid (Schön 2001). Refleksjon skjer ikke alltid, men praktikerer er alltid i beredskap til å reflektere og er beredt til å endre praksisen. Det er en vekselvirkning mellom del og helhet. Molander bruker begrepene ”uppmærksomt handlanede med beredskap för förändring” som mer forklarende for hva som skjer i praksis (Molander 1996: 140).

Refleksjon i handling viser til en erkjennelse om at det ikke er tilstrekkelig med teoretisk kunnskap for profesjonell fagutvikling. Teknisk – rasjonell kunnskap står i kontrast til refleksjon i handling. Den viser hvordan et arbeid kan utføres instrumentelt, regelbundet og standardisert (Irgens 2006). Den mangler muligheter for spontane, intuitive handlinger og handlingsmønstre som ikke kan bestemmes før en er i situasjonen (Schön 2001). Kinsella (2007) drøfter Schöns teori og hun konkluderer med å antyde at Schöns teori avslører hvor viktig praktikerens erfaringer er sammen med vitenskapelig kunnskap og fremgangsmåter. Det er ikke enten eller, men både og, en dualistisk tekning som angår profesjonell viten. Dette understøtter behovet for det sosiokulturelle perspektivet på læring.

Refleksjon etter en uventet hendelse på operasjonsstua kan bringe fram kunnskap om hvordan og hvorfor resultatet ble slik det ble, etter den konkrete erfaringen. Denne refleksjonen kan bringe ny innsikt som kan benyttes ved senere erfaring. Kunnskapen prøves ut ved neste mulighet og kan deretter vurderes om det førte til forbedring av resultatene. Det poengteres at det må settes av tid til slik refleksjon (Schön 2001, Levin, Rolfsen 2004).

En fare med læring i yrkespraksis kan være at handlinger reproduseres uten at det skjer læring. Ifølge Lave og Wenger er dette en av farene ved mesterlære. Den lærende kan bli en billig arbeidskraft, det kan føre til en reproduksjon av mesterens kunnskap og ferdigheter og blir ikke en læringsprosess. Mesterlære kan dermed hemme læring i stedet for å fremme. Kravene til lærlingen må bevege seg i retning av full deltakelse i praksisfellesskapet (Lave, Wenger 2003). Mangel på tid til refleksjon kan være en faktor som fører til manglende læring.

Turnbull (1999) har satt fokus på utvikling av mellommenneskelige forhold og intuisjon i sykepleien. Hun mener ved å utøve en reflekterende praksis, kan sykepleien også få inn andre kvaliteter enn den teoretiske vitenskapelighet. Bruk av intuisjon i praksis bør gjøres til en bevisst handling i forhold til å kunne beskrive hva de gjorde og hvordan, da utvikles profesjonen. Bevisstgjøring av intuisjon er også tema hos Schön (2001) som et element av refleksjon i handling. Jeg forstår begrepene intuisjon og taus kunnskap som begreper som kan gå over i hverandre.

### **2.5.3 Taus kunnskap**

I operasjonssykepleie er uartikulert kunnskap en del av handlingskompetansen. Polanyis tause kunnskap tar utgangspunkt i at vi kan vite mer enn vi kan si (Polanyi 2000). Billay et al viser til Polanyi og beskriver intuisjon som en del av taus kunnskap. "When we use our intuition, we filter information initially by the imagination, thus leading to intergration of all information and / or knowledge to solve the problem" (Billay et al 2007: 148). Begrepet taus kunnskap har vært brukt om alt det en ikke klarer å artikulere, men en kan likevel utføre handlingen. Det kan være en følelse, en intuisjon eller en varhet for pasientens signaler som er avgjørende for om handlingen blir vurdert iverksatt eller ikke iverksatt.

Taus kunnskap og læring kan knyttes til komplekse handlingsforløp, hvordan svært sammensatt informasjon tas inn og blir forstått på en måte som ikke kan forklares ved hjelp

av språkbasert læring. Polanyi viser til at en ved å dele opp en helhet i deler vil meningen forsvinne (Polanyi 2000). Noe som er i tråd med en hermeneutisk tenkning. Evnen til å improvisere er sentral for aktivisering av den typen kunnskap som aktiviseres gjennom handling, det er kunnskap som verken kan læres, fanges eller presenteres gjennom språket alene (Jørgensen 2006). Dette viser til det sosiokulturelle perspektivet på læring, kultur og språk er grunnleggende forutsetninger for læringen. Som operasjonssykepleier vil en komme i situasjoner hvor det ikke finnes noen ”oppskrift” på hvordan en skal ivareta en skadet pasient som skal til operasjon. Hun/ han må bruke sin kompetanse til å se det kjente og samtidig se hva som er ukjent, men likevel er kjennbart i situasjonen (Schön 2001). I følge Jørgensen det er først når kunnskapen har blitt en del av deg, kroppsliggjort og taus, at den på grunnleggende vis påvirker hvordan du oppfatter og handler i verden (Jørgensen 2006: 67).

Polanyi viser til at en ikke kan se et problem dersom en ikke vet hva en ser etter. For å oppdage et ukjent problem må en ha taus forforståelse av noe som ikke er oppdaget, en forpliktelse på at det er noe som kan oppdages (Polanyi 2000). Schöns refleksjon i handling viser til praktikerens beredskap til å reflektere. Molander (1996) viser til refleksjonen som kunnskap i handling som en hermeneutisk sirkel; en veksling mellom deler og helhet. Dette kan forstås som en helhet i tenkningen for å se problemet og finne en løsning.

Faglig skjønn blir ofte brukt i praksis, det bygger på erfaringer fra en praksiskontekst, det kan beskrives som kontekstspesifikk realisert yrkesrelevant ferdighet. En er ikke nødvendigvis i stand til å bruke skjønn i en annen kontekst, hvor en ikke har de tilsvarende erfaringer og foreta vurderinger ut fra (Nygren 2004). Skjønnet er utviklet i en bestemt handlingskontekst og derfor situert i denne konteksten. Martinsen (2005) diskuterer bruken av skjønn i en sammenheng med vitenskapelig kunnskap. En kan ikke sette til side skjønnet og kun benytte vitenskapelig kunnskap, men heller vise hva som særpreger skjønnet i en klinisk praksis. Martinsen viser til Tor- Johan Ekeland som sier at den evidensbaserte bølgen er empirisk kontroll av praksis. Dersom det kun er den vitenskapelige kunnskapen som skal legges til grunn for klinisk praksis, kan det utvikles en manualisering av praksis (I: Martinsen 2005). I en hovedfagsoppgave om faglig skjønn i operasjonssykepleiefaget er det beskrevet:

Å bruke skjønn, er å kontinuerlig reflektere. Skjønn er noe mer enn refleksjon, men refleksjon finnes i skjønnet. Dermed kan en si at de som ikke reflekterer i forhold til sitt fag, heller ikke er en skjønner i sitt fag (Dåvøy 2005: 83).

De erfarne operasjonssykepleierne har større grunnlag for å kunne bruke skjønn enn nyutdannede. I følge Benner er forutsetningen for utvikling av kompetanse tilegnelse av erfaring (Benner 1995). Teoretisk kunnskap og kliniske erfaringer må knyttes sammen slik at operasjonssykepleiere kan gi pasienten den optimale behandling. Nytilsatte eller nyutdannede kan komme i et dilemma mellom å bli anerkjent i praksisfellesskapet og mellom å utvikle sin egen identitet i praksisen. Skifting mellom kontinuitet og utskiftning blant deltakerne i praksisfellesskapet er en del av all læring. Sosial reproduksjon av arbeidskraft, kan også føre til konflikt mellom kontinuitet og utskiftning i forhold til nye eller gamle metoder i arbeidet og mellom legitime perifere og fullverdige deltakere (Lave, Wenger 2003).

## **2.6 Utvikling av profesjonell kompetanse**

Samfunnets krav til kompetanse i arbeidslivet er i endring, det stilles krav til livslang læring. Det er behov for kontinuerlig oppdatering av kompetanse i forhold til arbeidsmarkedets behov (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet 1997 – 98). Oppdatering av kompetanse skjer ikke bare ved etter- og videreutdanning, men også gjennom deltakelse i yrkespraksis. Operasjonssykepleie er ikke noe unntak, den medisinske tekniske utviklingen skjer hurtig og det er pålagt operasjonssykepleiere å delta i denne utviklingen. Eksempler på endringer er nye operasjonsteknikker som medfører endrede rutiner, nytt utstyr og annen leiring av pasienten på operasjonsbordet. Det utvikles nytt elektromedisinsk utstyr, nye instrumenter, funn fra forskning medfører endringer i for eksempel hygieniske prinsipper. Disse endringene understreker behovet for livslang læring i yrkespraksis.

Kompetanse forklares i Norsk ordbok som *fullgod forutsetning for å gjøre noe* eller *tilstrekkelig dyktighet*. Kompetanse kan ikke sees atskilt fra oppgaven som skal utføres, situasjonen utøveren befinner seg i og selve utøveren (Sternberg 1990 I: Kirkevold 1996). Utgangspunktet for utvikling av kompetanse må sees i sammenheng med personene som lærer og den konteksten læringen foregår – situert læring. Det vil si at kompetanse er knyttet til en bestemt type oppgaver og situasjoner, og må utvikles i forhold til dem.

Den prosessen som gjør en person profesjonell ”handler om personens kontinuerlige utvikling av sine kompetanser for å kunne *handle* i profesjonelle sammenhenger” (Nygren, 2004: 26). Profesjonell kompetanse kan beskrives som bestående av følgende aspekter; kognitive, følelsesmessige, verdimeslige, sosiale og kulturelle. I følge Nygren (2004) sees

disse ikke i en større sammenheng i litteratur som omhandler profesjonell kompetanse. De behandles som atskilte deler og ikke i et helhetlig perspektiv. Operasjonssykepleie er et yrke som krever handling, den foregår i relasjoner til andre personer. Faget kan ikke læres av teori alene, det må også læres i praksis. Som jeg har vist tidligere setter Nygren situert læring og kognitiv læringstradisjon inn i en sosiokulturell ramme, der begge formene for læring er nødvendig, en dynamisk helhet mellom delene.

I følge Fagermoen inneholder operasjonssykepleiernes kompetanse det etiske grunnlaget, viten reservoaret og handlingsrepertoaret, dette utgjør en helhetlig operasjonssykepleie (Fagermoen 1993, Bäckström et al 2008). Skau bruker begrepene; teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse som det tredje aspektet (Skau 2005). Hun skiller den personlige kompetansen fra den profesjonelle, noe som blir kritisert av Nygren. Han begrunner dette med at den personlige kompetansen er integrert i den profesjonelle. Nygren viser til Fibæk Laursen som omtaler den personlige kompetansen som noe som utvikles nært sammen med den profesjonelle kompetansen. Nygren mener dermed at det ikke er mulig å skille mellom personlig og profesjonell kompetanseutvikling (Nygren 2004).

Merleau-Ponty forklarer kroppen og tanken som to sider av samme sak (Merleau-Ponty 1994). Jeg mener det kan kobles til Nygrens vurdering om at den personlige og profesjonelle kompetanse ikke kan skilles. Dette fordi det ikke finnes noen kompetanse som er upersonlig. Argumentet er at alle menneskelige kompetanser inklusive ferdighetene er personlige, uansett om man bruker dem innenfor eller utenfor en profesjonell virksomhet (Nygren 2004). Han konkluderer med å lansere begrepet profesjonelle personlighetsregulerende ferdigheter som kan erstatte personlig kompetanse: "...profesjonelle særegne ferdigheter i det å regulere de praksisrelevante delene av sin egen personlighet i en bestemt yrkespraksis på en måte som fremmer måloppnåelse" (Nygren 2004: 105). Et eksempel fra operasjonssykepleiepraksis kan være ved mottak av en traumepasient, pasienten kan ha skader som kan vekke visuelt ubehag hos operasjonssykepleieren. Ved å bruke personlighetsregulerende ferdigheter gjør at hun/ han kan utføre en profesjonell praksis uten å formidle de negative følelsene til pasienten.

Utvikling av profesjonell handlingskompetanse er en prosess som forgår over tid. Det forutsetter at læringsresultater fra ett praksisfellesskap kan overføres til et annet. Deler av



handlingskompetansen må dermed være i den enkelte person for at den kan overføres i en annen kontekst. Det forutsettes da at noe av handlingskompetansen er knyttet til den enkeltes kropp. Merleau- Ponty viser til kroppen som bærer av kunnskap (Merleau- Ponty 1994). Dersom handlingskompetanse skal kunne overføres til en kontekst til en annen, beskrevet som læringstransfer, forutsettes det at det tas i bruk forholdsvis avanserte kognitive og emosjonelle prosesser som en nødvendig del av sin læring (Nygren 2004).

Nygren (2004) viser til at det må være mulig med en kontekstoverskridende læringstransfer. Schön (2001) omtaler refleksjon i handling fra en erfaring, som kan generaliseres til andre situasjoner. Erfaringen bidrar til et økt repertoar av eksempler som kan brukes i andre liknende situasjoner. Nygren (2004) utdyper at i en ny eller endret handlingskontekst innebærer det å bruke deler av den gamle handlingskompetansen i en ny kontekst. I operasjonssykepleie vil evnen til læringstransfer være nødvendig for å inneha en profesjonell handlingskompetanse. Operasjonssykepleiere vil ofte oppleve få utfordringer som er nye og forskjellig fra tidligere erfaringer. Ved å overføre tidligere læring til en ny kontekst, kan operasjonssykepleiere mestre nye utfordringer i arbeidshverdagen. Nye utfordringer kan dermed føre til videreutvikling av handlingskompetansen.

## **2.7 Handlingskompetanser**

Nygren problematiserer den teoretiske tilnærmingen til både situert læring og den kognitive læringstradisjonen. Den kognitive tradisjonen tar ikke hensyn til personenes relasjon til en sosial verden, konteksten eller den enkelte persons innflytelse på læringen. På den andre siden mangler det situerte læringsperspektivet et fokus på de individuell indre emosjonelle og kognitive prosesser. Nygren tar dermed utgangspunkt i handlingskompetanse som en kompetanse ”som både er situert i en kollektiv praksis og i den enkelte personens indre emosjonelle og kognitive psykiske strukturer” (Nygren 2004: 52).

Nygren viser til en utvidet forståelse av kompetanse ved å benytte begrepet handlingskompetanse. Han beskriver handlingskompetanse som sammensatt av fem elementer. De tre første er yrkesrelevante kunnskaper, yrkesrelevante ferdigheter og yrkesrelevant kontroll over de ytre betingelsene. Yrkesidentiteten, meningen med det vi gjør, vil være motiverende for yrkesutøvelsen. Disse fire hovedelementene danner grunnlaget for handlingsberedskapen som gjør yrkesutøveren i stand til å utføre handlinger uten nytenkning

i enhver situasjon (Nygren 2004). Jeg vil kort nevne de fem elementene i handlingskompetansen:

Yrkesrelevante kunnskaper – er de kunnskapene som i konkret profesjonell praksis viser seg å være en ressurs i profesjonsutøverens oppgaveløsning innenfor de profesjonelle virksomheter som samfunnet til en hver tid erklærer som legitime for den aktuelle profesjonsutøvers yrkespraksis (Nygren 2004: 183). Den yrkesrelevante kunnskapen er i følge Nygren delt i seks deler. Jeg vil nevne eksempler fra operasjonssykepleie under de ulike delene:

*1. Kunnskaper om hvilke fenomener / problemer som hører til intervensjonsobjektet.*

Operasjonssykepleier må ha kunnskap om de fenomener som operasjonspasienten ikke kan ivareta selv i forbindelse med inngrep eller undersøkelse. Det kan være infeksjonsfare, fare komplikasjoner i forbindelse med leiring, påvirkning av medisinsk teknisk utstyr. Kunnskap om angst og stress i forbindelse med operative inngrep. Kunnskap om blødning som kan oppstå, og hvilke typer skader som kan forekomme ved bilulykker og andre traumer.

*2. Kunnskap om fenomenenes/ problemenes årsaker.*

Det kan være allmenn kunnskap om mikrobiologi, hygiene, anatomi, medisinsk teknisk utstyr med mer. Kontekstspesifikk kunnskap kan være de spesielle problemene med hygiene som oppstår ved denne operasjonsavdelingen. Hvorfor oppstår problemer i forbindelse med inngrep? Hvorfor opplever pasienten angst og stress? Hvorfor oppstår blødning, hvorfor har skaden blitt slik, etter for eksempel en bilulykke?

*3. Kunnskap om fenomenenes/ problemenes manifestasjoner.*

Det kan være vurderinger om faren for infeksjoner. Hva må operasjonssykepleier være oppmerksom på i forbindelse med bruk av medisinsk teknisk utstyr? Operasjonssykepleier må bruke sin kunnskap for å vurdere om pasienten opplever angst og stress i forbindelse med inngrepet, hvilke signaler skal hun/ han se etter. Hun/ han må ha kunnskap om tegn til blødning, hvilke kjennetegn er det ved de ulike skadene.

*4. Kunnskap om egne personlighetstrekk som har relevans for profesjonsutøvelsen.*

Allmenn kunnskap om egne reaksjoner, hvordan en reagerer i stressede situasjoner. Hvordan imøtekommer man en pasient som er svært skadet, hvilke reaksjoner kan en forvente av seg selv. Hvordan reagerer en på en pasient som er stiv av skrekk? Hvilke signaler sender hun/ han til pasienten som kan påvirke pasientens opplevelse av situasjonen? Operasjonssykepleieren må også vite hvordan en takler eget stress.

### 5. *Kunnskap om lover og forskrifter.*

Allmenn kunnskap om helsepersonellov, pasientrettighetslov, lov om spesialisthelsetjenesten, lov om barn i sykehus. Spesifikk kunnskap om innholdet i lovene som omhandler den konkrete pasientgruppen eller situasjoner som er vanlig ved operasjonsavdelingen.

Eksempler på områder er: taushetsplikt, pasientens rett til informasjon, helsearbeiderens plikt til å gi informasjon og dokumentasjonsplikt.

### 6. *Kunnskap om samarbeidspartnere.*

Samarbeidspartnere i en operasjonsavdeling er blant annet kirurger, teknikere, anestesipersonalet (sykepleiere/leger), rengjøringspersonale og andre operasjonssykepleiere. Arbeidsdagen skal fungere optimalt, en må ha kunnskap om hverandres oppgaver og samarbeidspartneres ansvarsområder må være avklart. Dette kommer pasienten til gode ved en optimal bruk av tid og en god fordeling av arbeidsoppgavene.

Det nest siste punktet om lover for forskrifter, vurderer jeg til å ha minst potensial for videreutvikling i den praktiske yrkeshverdagen. Kunnskap om lover og forskrifter er en del av handlingskompetansen, men den utvikles sannsynligvis ikke i de situasjonene som er sentrale i denne studien.

Yrkesrelevante ferdigheter - er alle de ferdigheter som i en konkret profesjonell praksis viser seg å være en ressurs i profesjonsutøverens oppgaveløsning innenfor de profesjonelle virksomheter som samfunnet til en hver tid erklærer som legitime for den aktuelle profesjonsutøverens yrkespraksis.

1. *Instrumentelle ferdigheter* som har sin basis i de yrkesrelevante kunnskaper (artefaktmedierende ferdigheter). Bruker redskaper (fysiske eller intellektuelle) i den mellommenneskelige relasjonen.
2. *Personlighetsmedierende ferdigheter*, yrkesutøveren bruker sin personlighet i den mellommenneskelige relasjonen

Disse to dimensjonene opptrer nesten aldri alene i rendyrket form. De opptrer oftest i kombinasjon. Alle ferdigheter har en instrumentell karakter, samtidig som de oftest også er relasjonsbaserte (Nygren 2004). Dette mener jeg er tilfelle ved operasjonssykepleiefaget. Ferdigheter som operasjonssykepleier må mestre er infeksjonsforebyggende tiltak, leiring av pasienten på operasjonsbordet, kommunikasjon med pasienten for å informere, veilede og undervise tilpasset den enkelte pasient. Hun/ han må ha ferdigheter om kontroll og bruk av

medisinsk teknisk utstyr. Operasjonssykepleier må også arbeide raskt, effektivt, mestre endringer og uforutsette hendelser (Bäckström et al 2008). Faglig skjønn er ofte brukt som begrep i operasjonssykepleie praksis. Operasjonssykepleier bruker sin personlighet i den mellommenneskelige relasjonen med pasienten, hun/ han kan dermed lindre eller forebygge ytterligere angst og stress. Ferdigheter som innebærer kommunikasjon og samarbeid med operasjonssykepleiere og andre yrkesgrupper er viktig for handlingskompetansen.

### Yrkesrelevant kontroll over de ytre betingelsene

Yrkesutøveren må ha en viss grad av kontroll over de ytre betingelsene for profesjonsutøvelsen (Nygren 2004). For operasjonssykepleier kan det gjelde tilgang til økonomiske ressurser som utstyr og tilgang til fagpersonell for å løse oppgavene. Det er viktig med innflytelse over utforming eller endring av operasjonsavdelingens rutiner, samt ansvars og arbeidsfordeling. Andre momenter kan være medvirkning på egen arbeidsdag og støtte fra samarbeidspartnere for å løse oppgavene. Gode mellommenneskelige relasjoner kan ha positiv innvirkning. Det kan også være kontroll på melderutiner for øyeblikkelig hjelp, eller hvor en kan finne det utstyret som er nødvendig i en akutt situasjon.

### Yrkesidentiteter

Begrepet identitet handler om mening, om det vi utfører oppleves som meningsfullt. Nygren beskriver identitet som en del av en persons handlinger. Denne tilnærmingen er i samsvar med todelingen under, ”identitet med” og ”identitet som”:

1. Kollektiv yrkesidentitet, ”identitet med” de oppgaver, metoder, mål, verdier og ideologier som preger yrkesutøvelsen i dette fellesskapet.
2. Individuell yrkesidentitet, ”identitet som” en legitim deltaker i det aktuelle profesjonelle praksisfellesskapets yrkespraksis.

Disse formene har både en handlingsdirigerende og en handlingsmotiverende funksjon i personens praksis (Nygren 2004). Identitet som operasjonssykepleier fungerer som motivasjon for å utvikle både kunnskaper og ferdigheter i faget. Denne felles opplevelsen av identitet er betydningsfull for å skape et godt praksisfellesskap.

### Yrkesrelevant handlingsberedskap

Handlingsberedskapen bygger på de fire andre kompetanseområdene som er beskrevet over. En definisjon av handlingsberedskap:

Handlingsberedskapen representerer en kognitiv og motivasjonell tendens hos personer til i bestemte situasjoner på en integrert måte å ta i bruk bestemte kunnskaper, ferdigheter, kontroll og en bestemt yrkesmessig identifisering av seg selv og den aktuelle praksisen i tråd med bestemte verdier og ideologier, mål, behov og følelser (Nygren 2004: 223).

De relasjonsbaserte yrkene har meget komplekse oppgaver som krever fleksibilitet og kreative løsninger på uforutsette situasjoner. Det utvikler seg et vist individuelt mønster i beredskapen til å takle de vanlige situasjonene i yrkespraksis. Dersom handlingsberedskapen ikke hadde utviklet seg ville hver ny situasjon kreve nytenkning. Det er viktig å inneha kunnskap og ferdigheter til å foreta vurderingen og handle i den konkrete situasjonen. En praktiker kan reflektere over en fornemmelse for en situasjon, som får hun/ han til å handle på den ene eller den andre måten (Schön 2001). Nygren mener de profesjonelle handlingsberedskapene spiller kanskje den viktigste rollen i en profesjonell utøvers profesjonelle handlingskompetanser. Det er den som initierer og regulerer handlingene i en handlingspåkallende situasjon (Nygren 2004). Også i operasjonssykepleie er handlingsberedskap et nødvendig redskap i yrkesutøvelsen, det er et handlingspotensial som utvikles gjennom erfaring og praksis. Det oppstår situasjoner i praksis hvor det ikke er tid og rom for å lete opp kunnskap, eller reflektere for lenge over hvordan situasjonen kan løses. Handlingen må iverksettes straks og pasienten har krav på faglig forsvarlig helsehjelp – handlingsberedskapen er utviklet til handlingskompetanse.

## **2.8 Handlingskompetansens utvikling**

Utvikling av handlingskompetanse er på mange vis satt i sammenheng med antall år i yrket. Det er derimot ingen automatikk i at en med 20 års erfaring kan beskrives som ekspert. Ikke alle oppnår ekspertkompetanse i følge Benner (1995). For å bli ekspert må en være aktiv i forhold til egen utvikling (Dåvøy 2005). En endring av handlingskompetansen er avhengig av at profesjonsutøveren og omverdenen er i kontakt. Det vil si at handlingene i praksis fungerer som utvekslingsstasjoner mellom de indre og ytre betingelsene. Dersom det skjer endringer i de ytre forutsetningene stiller det krav til de indre forutsetningene, en dialektisk vekslevirkning (Nygren 2004).

Handlingskompetansen framtrer i to former i følge Nygren, allmenne potensielle handlingskompetanser og kontekstspesifikke handlingskompetanser (Nygren 2004). Den allmenne potensielle handlingskompetansen forstår jeg som den kompetansen som kan

omformes til en kontekstspesifikk handlingskompetanse dersom personen oppfatter som denne kompetansen som praksisrelevant. For operasjonssykepleier kan det forklares ved at den allmenne potensielle kompetansen som den nyutdannede operasjonssykepleier bringer med seg til sin første jobb, transformeres til kontekstspesifikk handlingskompetanse i relasjon til den konkrete praksisen.

Gjennom en kontinuerlig utveksling mellom det indre og det ytre kan en forstå handlingskompetansen som situert både i personens indre kognitive - emosjonelle prosesser og i den sosiokulturelle konteksten hvor den realiseres i handling. Transformasjonen fra potensiell til kontekstspesifikk handlingskompetanse er dobbelt situert. Nygren mener handlingskompetansens dobbelte situerthet er en av de viktigste forutsetningene for å overskride både den tradisjonelle læringsteoriens og den situerte læringsteoriens posisjon på dette området (Nygren 2004: 321). Den dobbelte situertheten er viktig i forhold til å forklare den profesjonelle personens tilblivelsesprosess. Endringer skjer både i individet selv og i de ytre forholdene.

### 3 Tidligere forskning

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for noe av forskningen vedrørende operasjonssykepleieres kompetanse i samband med uventede hendelser eller akutte situasjoner. Operasjonssykepleiers utfordringer i komplekse situasjoner, samarbeid og kommunikasjon mellom operasjonssykepleiere og i det kirurgiske team er aktuelle vinklinger. Til slutt viser jeg til faktorer som kan hindre fagutvikling.

#### 3.1 Søk etter forskning om tema

Søk etter forskningsbasert litteratur om videreutvikling av handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua ble utført via databasene Medline, Cinahl, Nordart og SveMed+. Eksempler på søkeord som jeg har benyttet er: ”perioperative nursing”, ”operating room nursing”, ”surgical nursing”, ”theatre nursing” i kombinasjon med ”unexpected event”, ”emergence situation”, ”patient safety” ”stress”, ”competence development”, ”workplace learning”, ”skill performance”, i ulike kombinasjoner. Det var mange treff på både fagområdet operasjonssykepleie og om akutte situasjoner. Ved ulike kombinasjoner av søkeord kom jeg ned i et antall treff (opp til ca 100) som var overkommelig å gå gjennom for å finne relevante artikler. Jeg leste abstracts for å avgrense ytterligere før jeg tok de endelige valgene. Sykepleieres/ spesialsykepleieres yrkesutøvelse i akutte, uventede eller stressede situasjoner var inklusjonskriterium. Artikler som omhandlet teamarbeid og pasientsikkerhet ble også inkludert. Ved søk på operasjonssykepleieres videreutvikling av kompetanse i yrkespraksis, fikk jeg treff innen utdanning og opplæringsprogram for sykepleiere og operasjonssykepleiere, men ikke på praksis eller yrkesutøvelse. Dette ble på siden av min problemstilling og ble derfor ekskludert. Jeg valgte følgende artikler som omhandler operasjonssykepleie knyttet til komplekse situasjoner: Alfredsdottir, Bjornsdottir 2007, Healey et al 2006, Silèn – Lipponen et al 2005, Kingdon, Halvorsen 2006, Leach et al 2009 og McGarvey et al 2004. Følgende artikler ble inkludert om stress og pasientsikkerhet: Elfering et al 2006, Berland, Natvig 2005, McVicar 2003 og Berland et al 2008. Samarbeid mellom kirurger og sykepleiere er også belyst i studier og jeg valgte følgende som relevante: Skjørshammer 2003, Cook et al 2001, Martin et al 2007, Riley, Manias 2006a og 2006b og Mitchell, Flin 2008. I tillegg har jeg inkludert noen artikler som omhandler utvikling av kompetanse: Gustafsson, Fagerberg 2004, Tanner 2003, Hommelstad, Ruland 2004, Gerrish 2000, Clark, Holmes 2006, Domino 2005, Bjørk 2006,

Solli 2008, Thidemann 2005 og Valdez 2008. Jeg har også funnet artikler ved litteraturhenvisninger i bøker og artikler (snøballmetoden). Noen av artiklene tar utgangspunkt i sykepleiere og ikke spesialsykepleiere, men det er generelle tema som tas opp, og jeg skiller ikke på de to begrepene i dette kapittelet. Ikke alle artiklene er nevnt her, kun de som framkom etter systematisk søk og ved snøballmetoden.

Jeg har også valgt å ta med tre artikler (Kinsella 2007, Billay et al 2007, Turnbull 1999) som er relevante i forhold til den teoretiske referanserammen. De artiklene jeg har valgt ut er ikke på noen måte fullstendig, men jeg mener det er tilstrekkelig materiale i forhold å belyse studiens problemstilling.

### **3.2 Operasjonssykepleiers utfordringer i arbeid med operasjonspasienten**

Pasientens behov for helsehjelp kan endres hurtig og gjerne under inngrep, operasjonssykepleieren må derfor være forberedt og ha ferdigheter for å mestre mulige utfordringer. Operasjonssykepleiere har et felles mål for deres arbeid, som er å ivareta pasientsikkerheten. De har også selvstendig ansvar for pasienten og arbeider for å unngå skader eller komplikasjoner i forbindelse med oppholdet i operasjonsavdelingen (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007, Berland, Natvig 2005). Operasjonssykepleie utøves i en kontekst som er en av de mest potensielt risikable for pasienten (Gawande et al 1999). Det er stramme rammer for yrkesutøvelsen i form av prosedyrer og retningslinjer som er styrende for å ivareta pasientsikkerheten (AORN 2006, i Kingdon, Halvorsen 2006). Disse rammene skal bidra til å forberede operasjonssykepleieren på det uforutsigbare eller de akutte situasjonene (Catalano 2008). Jeg vil tydeliggjøre tre områder som kjennetegner utfordringer for operasjonssykepleierne. Det første er situasjonen operasjonssykepleien utøves i, det er ikke alltid tid til å utføre handlingene etter prosedyre. Pasientens situasjon kan være kritisk og handling må skje raskt og umiddelbart. Operasjonssykepleieren må dermed være parat til å handle raskt og effektivt, hun/ han må også være forberedt på endringer undervegs som krever improvisasjon og kreativitet (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007, Mitchell, Flin 2008). Det andre momentet er at operasjonssykepleie er mye styrt av prosedyrer og bruk av medisinsk teknisk utstyr. Kunnskap og ferdigheter må være i hendene slik at handlingene kan skje uten bruk av unødig tid, men samtidig sikkert for pasienten (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007, Catalano 2008). Det tredje momentet som er spesielt for operasjonssykepleiernes arbeidsform, er at de så å si alltid arbeider flere sammen, antallet varierer etter om det er



akutte situasjoner eller kompliserte inngrep, vanligst er de to. Operasjonssykepleierne har dermed stort sett, en eller flere å konsultere eller støtte seg til i de fleste situasjoner. Arbeidet inne på ei operasjonsstue er også et tverrfaglig arbeid. Det kirurgiske team består av ulike yrkesgrupper som arbeider sammen med optimal pasientbehandling som mål (Healey et al 2006, Leach et al 2009). Operasjonssykepleie fordrer dermed også et nært samarbeid med kirurger (Mitchell, Flin 2008, Riley, Manias 2006a).

### ***3.2.1 Situasjonen/ konteksten som utfordring***

En operasjonsavdeling er preget av krav om effektivitet (Kingdon, Halvorsen 2006, Leach et al 2009). Operasjonene er blitt mer kompliserte og teknisk utfordrende, det stilles krav til ny kunnskap og utvikling av ferdigheter, men det er blitt mindre tid til utvikling av kompetansen. Operasjonssykepleiere jobber under konstant press og må være på vakt for å sikre kvaliteten på operasjonssykepleien og dermed sikkerheten for pasienten (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007).

Operasjonssykepleiernes arbeidssituasjon er karakterisert av stress og krav om å yte best mulig service for helsepengene (Silèn – Lipponen et al 2005). Stress på arbeidsplassen er også beskrevet for sykepleiere. En review av Mc Vicar viser til tre hovedårsaker til arbeidsrelatert stress. Den første omhandler arbeidsmengde, ledelse, konflikter mellom profesjoner og følelsesmessige arbeidsoppgaver. Lønn og skiftarbeid er det andre hovedmomentet. Det tredje momentet er hvordan den individuelle sykepleier oppfattet stress (Mc Vicar 2003). I operasjonssykepleie er disse faktorene også til stede.

I akutte situasjoner eller ved uventede hendelser er det krav til hurtighet og korrekte handlinger. Opplevelse av stress vil sannsynlig være en faktor som operasjonssykepleiere må forholde seg til. Operasjonssykepleiere legger vekt på å forebygge at det skal oppstå uheldig hendelser. Dette innebærer å tenke framover, forsøke å se for seg hva som kan oppstå (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007). En uventet hendelse kan ikke alltid unngås, men ved å være forberedt, kan operasjonssykepleieren være klar med de tiltak og godt innøvde rutiner som er nødvendig for å imøtekomme de krav som situasjonen krever (Berland, Natvig 2005).

Den sterilt utøvende operasjonssykepleier må ikke bare ha praktiske ferdigheter, hun/ han må også ha ferdigheter i kommunikasjon, kunne arbeide i team med spesielt fokus på samarbeid med kirurg/er. Operasjonssykepleier må ha forståelse for situasjonen for å kunne ligge i

forkant under operasjonen, bør vite hva som blir det neste trekket i inngrepet (Mitchell, Flin 2008).

Situasjoner som skaper stress har potensial til å øke risikoen for feil. Endringer i de planlagte kirurgiske prosedyrene som forårsaker brudd i de normale rutineene, kan føre til at noe blir oversett eller utelatt (Kingdon, Halvorsen 2006, Gawande et al 2003). Opplevelsen av stress oppstår når kravene som stilles til personen er større enn det de kan mestre. Hva som utløser stress er individuelt og kan være forskjellig fra situasjon til situasjon (Mc Vicar 2003). En faktor som beskrives som de mest stressfulle situasjonene er når det oppstår *crisis on the job*, slike hendelser kan være dødsfall eller hjertestans (Kingdon, Halvorsen 2006: 610). Slike alvorlige situasjoner oppstår svært sjelden. En situasjon som oppstår ofte, er kravet om å jobbe hurtigere, det førte til opplevelse av mye stress blant 41 % av informantene. 59 % av informantene mente det skjedde ofte eller svært ofte (Kingdon, Halvorsen 2006). Når det oppstår uventede hendelser under et inngrep vil det være krav om å jobbe hurtigere, en kan dermed anta at det kan oppstå stress hos operasjonssykepleierne som deltar.

Forekomsten av feil er hyppigere når det er mange ting å forholde seg til. Stress kan føre til at konsentrasjonen blir svekket, likeledes evnen til å ta avgjørelser og ens atferd kan endres (Furney 1986 i Elfering et al 2006). I akutte eller uventede situasjoner vil det være mange ting å forholde seg til, dette kan føre til stress. I stressede situasjoner vil erfarne sykepleiere kunne bruke sine tidligere erfaringer for å handle raskt. De tidligere erfaringene blir tilpasset denne nye situasjonen (Bond, Cooper 2006). En sykepleier som kan defineres som ekspert, utøver en faglig forsvarlig sykepleie, hun/ han har oversikt og viser engasjement. Mens en novise er opptatt av organisering, har fokus på akkurat denne situasjonen og er dermed oppgaveorientert. Arbeidssituasjoner som består av høye krav, kombinert med mangel på kontroll, kan oppleves som stressende for sykepleieren (Berland, Natvig 2008). Nyutdannede sykepleiere utvikler og danner sin kompetanse over tid. De må gjøre seg erfaringer som de kan benytte i sin kompetanseutvikling. Dersom arbeidsbyrden blir for stor og oppgavene for vanskelig kan det hemme utviklingen kompetansen (Elfering et al 2006). Slike arbeidssituasjoner kan dermed innvirke på pasientsikkerheten (Berland, Natvig 2005).

En studie vedrørende personrelatert kompetanse i sykepleie viste at evner til mellom-menneskelig forståelse, innsatsvilje for å gjøre en god jobb, søke informasjon om pasienten og være nøye og samvittighetsfull er viktig i sykepleieryrket (Zhang et al 2001).

Det kirurgiske teamet kan være stabilt over tid eller det kan være tilfeldig sammensatt fra dag til dag (Healey et al 2006, Leach et al 2009). Stabilitet i teamet beskrives som positivt for pasientsikkerheten. Team som ikke arbeider sammen over tid gir ikke like positive arbeidsforhold og bedrer ikke sikkerheten til pasienten (Silèn – Lipponen et al 2005). Kirurgiske team som er samkjørte kan gi mange positive effekter. Det kan gi et optimalt kirurgisk resultat og reduksjon av feil gjort under kirurgien (Leach et al 2009). En fordel som beskrives ved et team som arbeider sammen over tid, er at deltakerne lærer hverandre å kjenne. Det er vist at dersom operasjonssykepleier har god kunnskap om den enkelte kirurgen gir det bedre gjennomføring av inngrepet (Riley, Manias 2006a, 2006b).

### ***3.2.2 Rammer / prosedyrer / medisinsk utstyr***

Operasjonssykepleiere har i sitt arbeid ansvar for ulikt medisinsk teknisk utstyr, dersom dette ikke virker vil dette påvirke deres arbeid. En stressor for operasjonssykepleiere var utstyr som ikke virket, det opplevde 41 % som svært stressende, men det skjedde ikke ofte, 17 % mente de opplevde det regelmessig (Kingdon, Halvorsen 2006). For å inneha ekspertkompetanse er det også viktig å beherske praktiske ferdigheter og være sikker på sin kunnskap for å kunne ivareta pasienten best mulig (Tanner 2003).

Operasjonssykepleiere bruker kontrollister som hjelp i akutte situasjoner (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007). Skriftlige rutiner er viktige som grunnlag for praksis når praksis er preget av at sykepleierne må handle raskt og korrekt. Det påpekes at godt innøvde rutiner kan være avgjørende i en akuttsituasjon. Det kan gi sykepleierne et nødvendig grunnlag for å takle uforutsette hendelser (Berland, Natvig 2005: 37). Dette poengteres også av Silèn – Lipponen et al (2005), gode rutiner og dobbelsjekking kan forebygge feil. Gode kontrollrutiner og kontroll ved lister kan ikke garantere at feil ikke skjer, menneskelige glipp kan forekomme. Det er heller ikke alltid mulighet til å foreta kontroll etter de oppsatte retningslinjene.

I akutte situasjoner må avgjørelser taes raskt. De vurderinger som gjøres kan ikke alltid basere seg på en grundig gjennomgang av handlingsalternativene. Avgjørelsen må ofte basere seg på intuisjon (Bond, Cooper 2006). Bruk av skjønn er også viktig siden ikke alle situasjoner kan løses ved å benytte standardiserte rutiner (Berland, Natvig 2005). I følge Kingdon og Halvorsen (2006) opplever 17 % av informantene i deres studie, deltakelse ved akutte prosedyrer som svært stressende. Når det er kjent at stress fører til økt fare for feil er

det viktig å forebygge stress, samt sikre gode rutiner slik at faren for feil minskes (Berland et al 2008).

Bruk av intuisjon hos ekspert sykepleiere blir belyst av Billary et al (2007). Når det oppstår en akutt situasjon, ser eksperten hva som skjer og hvilke tiltak som må settes i verk. Eksperten bruker ikke tid på å vurdere eller overveie alle muligheter. Hun/ han tar inn over seg den kliniske situasjonen og viser selvsikkerhet. En nyutdannet vil ikke vise den samme sikkerheten (Billary et al 2007). Når pasientens situasjon endrer seg vil ekspert sykepleieren være i stand til å kjenne igjen, tolke og integrere den nye informasjonen, og på den bakgrunn være i stand til å ta avgjørelser (Martin 2002, i Bond, Cooper 2006).

### ***3.2.3 Samarbeid /teamarbeid i det kirurgiske team***

Arbeid med operasjonspasienten innebærer nær kontakt og samarbeid med flere yrkesgrupper. Kirurger er den yrkesgruppen som operasjonssykepleierne samarbeider tettest med (Riley, Manias 2006a, Leach et al 2009). Teamarbeid er ofte ikke standardisert på operasjonsstua, samarbeidet avhenger av deltakerne i teamet ved det aktuelle inngrepet (Healey et al 2006). Dersom effektiviteten skal økes ved et inngrep, for eksempel dersom det oppstår uventet blødning, må det kirurgiske teamet ha god forståelse for hverandres arbeid (Riley, Manias 2006a, 2006b). En negativ side påpekes også ved at teamene arbeider sammen over lengre tid, de kan bli så samkjørte at de ikke er kritiske til eget arbeid og de kan motsette seg endringer i arbeidsmetodene (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007).

Ved at operasjonssykepleierne har god kunnskap om den enkelte kirurg kan det føre til store fordeler for pasienten. Operasjonssykepleieren kan vite hvilket utstyr den enkelte kirurg foretrekker, hun/ han kjenner til hver enkelts arbeidsrutiner, hvem som blir stresset og hvilke reaksjoner som kan oppstå (Riley, Manias 2006a). Det kan bidra til å styrke operasjonssykepleierens identitet ved at de innehar en selvstendig funksjon og ikke bare er en håndlanger. Det kan også føre til et bedre kollegialt forhold mellom kirurg og operasjonssykepleier (Riley, Manias 2006b).

Operasjonssykepleierne arbeider nært sammen med andre yrkesgrupper med høyere utdanning enn dem selv (anestesileger og kirurger), disse har det medisinske ansvaret for pasienten. Tradisjonelt har ikke forholdet mellom kirurger og operasjonssykepleiere vært likeverdig. Det har vært preget av asymmetri, med kirurgen som en patriark (McGarvey et al

2004). Sykepleiere som arbeider med kritisk syke pasienter, viser til frustrasjon over og ikke ha myndighet til å ta avgjørelser. Sykepleierne kan oppleve at de på den ene siden har ansvar for de handlingene de utøver, og på den andre siden har de en assistansefunksjon i forhold til legene (Berland et al 2008).

I en stresset situasjon kan det å finne en mestringstrategi være viktig. Operasjonssykepleie vil alltid bestå av krav om effektivt arbeid og stress vil oppstå. Bruk av humor beskrives som en strategi for å redusere stressopplevelsen (Chinery 2007).

### **3.2.4 Kommunikasjon i det kirurgiske teamet**

Situasjoner som kan føre til krav om endringer eller krav til hurtighet i arbeidsformen kan føre til stress for hele kirurgiske teamet. Kommunikasjon og relasjonen mellom den sterilt utøvende og kirurgen kan oppleves ulikt ut fra operasjonssykepleiernes kompetansenivå. Eksperten opplever et samarbeid med respekt for hverandres fagkunnskap, mens novisene beskriver forholdet som "as their mates" (Tanner 2003). Det er store individuelle forskjeller på kirurgene og kommunikasjonen er situasjonsavhengig. Kommunikasjon blir både beskrevet som klar og presis og som dårlig, avhengig av person og situasjon. Verbal kommunikasjon kan være vanskelig på grunn av bruk av munnbind. Nonverbal kommunikasjon kan i mange tilfeller foretrekkes. Generell kommunikasjon som ikke har direkte relevans til inngrepet, bør holdes til et minimum på grunn av infeksjonsforebygging (Mitchell, Flin 2008).

Det tette samarbeidet mellom lege – sykepleier kan føre til konflikter (Mc Vicar 2003). Sint eller ufin oppførsel fra leger kan oppstå og det oppleves som svært stressende (Skjørshammer 2003). Operasjonssykepleiere arbeider tett med hele det kirurgiske teamet, og det er viktig med god kommunikasjon og samarbeid, teamarbeid er dermed sentralt (Mitchell, Flin 2008, Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007).

I akutte situasjoner kan kommunikasjonen være avgjørende for hvordan utfallet for pasienten blir (Berland et al 2008, Berland, Natvig 2005). Dårlig kommunikasjon i teamet oppleves som stress av 28 % av de spurte, det oppsto regelmessig hos 59 % av respondentene (Kingdon, Halvorsen 2006). Opplevelsen av stress kan dermed ha stor betydning for hvordan arbeidet blir utført, faren for feil i arbeidet øker (Silèn – Lipponen et al 2005). Helsepersonell på avdelinger med kritisk syke pasienter har et spesielt behov for opplæring i kommunikasjon

og samarbeid for å kunne ivareta pasientens sikkerhet (Vorde 2002 i Berland, Natvig 2005). Dårlig kommunikasjon kan framstå på ulike måter ved sarkasme og ved å holde tilbake informasjon (Mitchell, Flin 2008). En annen studie viste også at arbeidsmiljøet på operasjonsstua ikke fremmet pasientfokusert sykepleie. Fokuset var å få unna arbeidet så fort som mulig. Kirurgens arbeid hadde sterk innflytelse på hvordan sykepleierne utførte sine arbeidsoppgaver (McGarvey et al 2004).

Dårlig oppførsel eller sinne beskrives av sykepleiere som om det er en del av kirurgenes kultur. Sykepleierene opplever det som en stressor, mens kirurgene beskriver det som en naturlig reaksjon på en kaotisk situasjon. En kirurg forklarer det slik:

Most likely my anger is stressing to the nurses around me. However, I am, for my part, not just blowing off steam resulting from private internal pressure, but also reacting to everything that is going on in a chaotic work situation (Skjørshammer 2003: 380 – 381).

Kjeftbruk er et fenomen som ikke er ukjent inne på operasjonsstua. Situasjonen kjeftbruken oppstår i, er avgjørende for hvordan den blir oppfattet av sykepleierne. Dersom den oppstår i akutte situasjoner er det mer akseptert og skaper mindre stress enn dersom den oppstår i ikke akutte situasjoner. Mannlige leger hadde den høyeste frekvensen av kjeftbruk til sykepleiere (Martin et al 2007).

På den annen side er også kirurger interesserte i å skape godt arbeidsmiljø. Dersom operasjonssykepleierne opplever manglende anerkjennelse for sitt arbeid kan det føre til dårligere utført arbeid. Dersom arbeidsforholdene er gode til vanlig, kan økt belastning ved vanskelige eller uventede situasjoner bedre aksepteres (Leach et al 2009). Kjeftbruk kan oppleves som frustrerende og føre til sinne hos operasjonssykepleiere, men de er oftest i stand til å mestre dette på en konstruktiv måte (Cook et al 2001). Operasjonssykepleier velger oftest å bruke passiv respons ved kjeftbruk fra leger, men kan gi mer direkte respons til andre operasjonssykepleiere. Denne ulikheten kan være resultat av sosiale regler og hierarkiet mellom leger og sykepleiere (Martin et al 2007).

### **3.3 Samarbeid mellom operasjonssykepleiere**

Muligheter for å forbedre praksis er i flere sammenhenger knyttet til erfarne kollegaers tilstedeværelse (Bjørk 2006, Thidemann 2005). En dyktig mentor som gir faglig veiledning,

praktisk opplæring og sosial støtte over tid, beskrives som positivt i forhold til kompetanseutvikling (Valdez 2008). Det er også viktig å få individuell opplæring som nyutdannet, bli vist, få tilbakemeldinger og bli fulgt opp (Clark, Holmes 2007). Et annet moment i Thidemanns (2005) studie hvor sykepleiere uten spesialutdanning var informanter, viser at fordelingen av erfarne og uerfarne kollegaer ble påpekt til å være tilfeldig sammensatt. I operasjonssykepleierket er sammensetningen av vaktteam erfaringsmessig satt sammen slik at uerfarne ikke er alene på vakt. Et team som jobber sammen over tid, har bedre resultater og gir bedre arbeidsmiljø (Leach et al 2009, Healey et al 2006). Et godt arbeidsmiljø hvor det ikke er for store krav og for stort press er viktig for å unngå stress (Berland et al 2008, Elfering et al 2006).

En erfaren operasjonssykepleier kan gjerne foretrekke å være koordinerende istedenfor sterilt utøvende. I den koordinerende funksjonen er det mange utfordringer ved å ha oversikt og kontroll (Tanner 2003). Operasjonssykepleie beskrives som komplisert og krever den fulle og hele konsentrasjonen. Det er ugunstig å glemme noe, en må være på vakt hele tiden for det som kan skje, dersom det skjer noe uventet må en tilpasse tiltakene til den nye situasjonen. Et poeng som framkom er dersom en forsøker å gjøre mange ting på en gang og situasjonen er ukjent, er det stor fare for å begå feil (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007).

Utvikling av kompetanse hos nyutdannede sykepleiere skjer i praksis, det er der faget læres (Gerrish 2000, Bjørk 2006). Ved usikkerhet henvender de nyutdannede sykepleiere seg til erfarne sykepleiere, og erfarne henvender seg til andre erfarne, de resonerer sammen over faglig vurderinger og reflekterer over situasjonen (Gustafsson, Fagerberg 2004). Dette skjer når muligheten byr seg og er oftest ikke planlagt (Thidemann 2005). Nyutdannede forventes å jobbe som en av teamet, men kan komme til kort når uventede hendelser oppstår. Sammensetning av team vil derfor være av avgjørende betydning, slik at den med liten erfaring har noen å støtte seg til (Silèn – Lipponen et al 2005).

Det er svært viktig å inneha kunnskap som understøtter praksis, *et hav av kunnskap* er viktig bestanddel av kompetansen. Det er nødvendig å ha en person å forholde seg til, en mentor i opplæringen, og noe å strekke seg etter (Clark, Holmes 2007). Liknende resultater ble funnet i studie på nyutdannede sykepleiere. De hadde teoretisk kunnskap, men når de stod i en konkret pasientsituasjon ble de usikre hvordan de skulle utføre klinisk sykepleie. Teori og praksis var ikke integrert (Gerrish 2000).

Refleksjon kan innvirke positivt på reduksjon av stress (Elmcrona, Kilbrand 1997 i Gustafsson, Fagerberg 2004: 279). Refleksjon kan gjøres alene eller den kan utføres sammen med andre sykepleiere, gjerne planlagt på slutten av en dag. En annen form for refleksjon var å tenke gjennom en situasjon før og etter en sykepleiesituasjon. Det kan dermed bli lettere å møte det unike i hver situasjon, samt se den individuelle pasienten. En annen positiv effekt av refleksjon, var at sykepleierne våget å utfordre seg selv ved å forsøke noe nytt eller gjøre noe på en annen måte (Gustafsson, Fagerberg 2004). For å forebygge feil oppmuntres operasjonssykepleiere til å dele sine erfaringer med teamet for å unngå potensielle feil i framtiden (Silèn – Lipponen et al 2005).

Det å våge å utføre noe nytt eller endre på eksisterende rutiner kan kobles til utvikling av kompetanse. Forskjellen mellom en nyutdannet sykepleier og en med lang erfaring viser seg blant annet i hvordan de takler utfordringer. Ekspertene hadde ferdigheter utover det som var forventet, de hadde kunnskaper om alternativt utstyr og mulige løsninger, og hun/ han kommuniserte med kirurgene på en konstruktiv måte (Tanner 2003). Funnene viser også at det ikke er antall år i praksis som avgjør om en er ekspert, men hvordan operasjonssykepleien utøves i praksis.

Tilbakemeldinger på utført praksis er med på å gjøre sykepleierne tryggere på egen yrkesutøvelse (Gerrish 2000, Clark, Holmes 2006). På den annen side kan korreksjon av andre kollegaers praksis være vanskelig fordi det lett kan bli oppfattet som negativt. Det er forventet at en nyutdannet skal få korrigeringer, dermed er det også lettere å gi korrigering eller tilbakemeldinger på utført praksis. En som har lang erfaring kan oppleve at tilbakemeldingene er kritikk på hennes/ hans yrkesutøvelse (Eilertsen 2004). Likelydende resultater ble funnet av Berland et al (2008), hvor informantene syntes det var vanskelig å komme med nye ideer til sykepleiere med lang erfaring.

Det er arbeidsmiljøet og kollegaer som synes å ha størst betydning for læring og kompetanseutvikling (Thidemann 2005). En studie utført av Solli (2008) viste tilsvarende resultater, det var viktig med åpenhet om hvordan en opplever jobben, samt kunne ta opp problematiske hendelser. Tilbakemeldinger fra kollegaer får en til å reflektere, som kan føre til faglig og personlig utvikling. Refleksjonen var ikke satt i system og det skjedde tilfeldig. Systematisk refleksjon er påpekt som en viktig del av å utvikle sine ferdigheter, styrke identiteten og bidra



til å redusere stress (Gustafsson, Fagerberg 2004). Kritisk refleksjon over praksiserfaringer er viktig for å utvikle seg som fagpersoner (Eilertsen 2004). Berland og Natvig (2005) fant at spesialsykepleiere savnet tilbakemeldinger på ting som har gått galt. Dersom de ikke får vite om skader som har skjedd, kan de heller ikke bedre rutinene.

### **3.4 Faktorer som kan bidra til å hindre utvikling av praksis**

Thidemann (2005) fant i sin studie at tidspress og personellmangel fører at sykepleierne må *handle etter skjema*, noe som kan få konsekvenser for sykepleiernes læring og kompetanseutvikling. Selv om det er et travelt arbeidsmiljø må det være rom for å integrere ferdigheter og kunnskaper samt reflektere i løpet av en arbeidsdag (Clark, Holmes 2007).

Solli (2008) viser til at kompetanseutvikling ser ut til å være mest opp til den enkelte sykepleier, og at arbeidsgiver i liten grad er bevisst på det kompetansenivå sykepleieren har oppnådd. Hindrene for kompetanseutvikling er beskrevet som dårlig arbeidsmiljø, stress og frustrasjon for å ikke gjøre en god jobb og dårlig forberedthet til jobben (Valdez 2008, McVicar 2003, Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007). Dårlig samarbeid kan også bidra til at pasienten ikke får optimal behandling. Dersom teamet ikke fungerer bra og det ikke er rom for nytenkning, kan det føre til en stagnasjon av praksis (Leach et al 2009).

For å kunne utvikle praksis er det nødvendig med oppdatert kunnskap. Det er et behov for å øke kunnskapen i å vurdere å implementere forskningsbasert kunnskap i operasjonssykepleieres praksis. En norsk studie viser at det er behov for tid til å finne og benytte forskningsbasert kunnskap, gjøre kunnskapen mer tilgjengelig, øke kompetansen til operasjonssykepleiere for å vurdere forskningen. Studiedager og forskningssykepleiere i klinisk praksis kan forenkle bruk av forskningsresultatene (Hommelstad, Ruland 2004).

En annen faktor som kan hindre utvikling av praksis kan være manglende åpenhet for å diskutere det som kunne vært gjort annerledes. Flyfarten har hatt gode resultater ved holdningsendringer, blant annet ved å åpne opp for å lære av uheldige hendelser (Mjøs 2003). Jeg kan også se mye av de samme utfordringene i helsetjenesten.



## **4 Metode**

Hensikten med studien har vært å få innsikt i hvordan operasjonssykepleiere videreutvikler sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua. Utgangspunktet for studien var operasjonssykepleiernes opplevelser, erfaringer og beskrivelser fra praksis. Valg av kvalitativ forskningsmetode ble gjort på bakgrunn av problemstillingen og fenomenet handlingskompetanse. Kvalitativ metode egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. Ved å ha en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming, samt klargjøre mitt utgangspunkt, har jeg lagt vekt på å være bevisst på hvordan mine forhåndskunnskaper og erfaringer innvirker på resultatene (Malterud 2003, Nåden, Braute 1992).

Jeg har 4,5 års erfaring som operasjonssykepleier i operasjonsavdeling og 10 års erfaring som lærer ved operasjonssykepleieutdanning. Et mål i forskningsprosessen uavhengig av forskningsmetode, er å klargjøre hvordan forskerens rolle har påvirket prosessen (Malterud 2003). Min forforståelse har påvirket planlegging av studien, utforming av spørsmål, analyse og tolkning av data. Jeg har vært bevisst på den forforståelsen jeg har med meg, dermed har jeg også hatt fokus på at den ikke skal overdøve informantenes stemmer i materialet.

Jeg vil videre i dette kapittelet redegjøre for prosessen fra valg av metode til datasamling og analyse av dataene. Til slutt viser jeg vurdering av metoden og forskningsetiske vurderinger.

### **4.1 Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming**

Fenomenologien tar utgangspunkt i ”saken selv”, en skal betrakte fenomenene oppmerksomt og uforutinntatt. Husserl beskrev dette som et grunnleggende prinsipp ved fenomenologien. Forskeren skal se på fenomenet uten å ha hypoteser og forventninger som utgangspunkt for forskingen. Det er fenomenet som skal framstå som det er, en skal innta en beskrivende holdning (Nåden, Braute 1992, Malterud 2003, Merleau- Ponty 1994). Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at realiteten er slik folk oppfatter at den er (Kvale 1997). Menneskets erfaringsverden skal avdekkes slik erfaringen erkjennes av mennesket, og det danner grunnlaget for refleksjon om denne verden (Nortvedt, Grimen 2004). I denne studien er det informantenes erfaringer som er grunnlaget for den nye kunnskapen.

En fenomenologisk arbeidsmåte kan beskrives som bestående av fire hovedpunkter (Martinsen 1993). Det første beskrives som *innfall*, noe som skapes ved å være følelsesmessig tilstede i det som undersøkes og plutselig se sammenhenger. *Utlegning og tolkning* er det andre punktet, det karakteriseres ved overveielser fram og tilbake, se fenomenet fra ulike synsvinkler. Det tredje hovedpunktet er *spørsmål, undring og refleksjon*, se det som ikke umiddelbart vises, å ha noe på fornemmelsen og være åpen for nye spørsmål. Det siste punktet er *å kjenne seg igjen i teorien*, se det som er kjent i teorien uttrykt på nye måter. Jeg kan siden jeg er kjent med fagfeltet operasjonssykepleie se, overveie, tolke, stille spørsmål og beskrive deres fortellinger. Fenomenologi er å oppdage det uventede i det kjente, å forstå det ene med det andre for å få fram ulikhetene (Martinsen, Eriksson 1996: 114). Merleau- Ponty tar utgangspunkt i ”den levde kroppen”, å være var for opplevelser og erfaringer en gjør seg i møte med den andre som er i tråd med fenomenologisk tenkning (Merleau- Ponty 1994). Jeg har planlagt, gjennomført, transkribert og analysert datamaterialet selv – det har ført til mange ganger fram og tilbake for å finne det i materialet som ikke umiddelbart har vist seg.

Det er den subjektive opplevelsen som er utgangspunktet for å oppnå forståelse av en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer. Dette beskriver Martinsen som en viktig tilnærming i sykepleieforskning (Martinsen, Eriksson 1996). Hun kaller det en kjærlig forskning, den legger vekt på sykepleiernes opplevelse og erfaring i situasjonen.

Hermeneutikk betyr tolkingkunst, opprinnelig en lære om tolking av dokumenter (Nåden, Braute 1992). Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Dilthey var den som formet den metodiske objektivitetstanken i den historiske hermeneutikken hvor opplevelse, inntrykk og forståelse er viktige elementer (Aadland 1997, Nåden, Braute 1992). Han mente at forskeren kunne se bort fra sine egne fordommer for å ha en objektiv tilnærming. Gadamer som betegnes som far til den nyere filosofiske hermeneutikken, han redegjør for betingelsene for forståelsen, nemlig forforståelsen (Nåden, Braute 1992). Det kan finnes flere sannheter, fenomener kan tolkes på ulike måter (Thagaard 2003). Gadamer mente vi kan aldri møte verden uten et sett ”briller” som hjelper oss til å se verden og finne en mening i det vi står ovenfor (Aadland 1997, Gilje, Grimen 1995).

Tolkning av intervjuetekster kan sees på som en dialog mellom forsker og tekst, hvor forskeren fokuserer på den mening teksten formidler. Hvordan en tekst blir tolket, knyttes til forståelsen, bak all forståelse ligger forforståelsen. Det nevnes tre momenter som innvirker på en persons forforståelse. Den kan bestå av artikulert eller uartikulert kunnskap (taus kunnskap), personens forforståelse er koblet til en helhetsforståelse og det siste momentet er at forforståelsen er reviderbar (Gilje, Grimen 1995). Det er dermed viktig å være åpen for andre tolkninger enn den som umiddelbart framstår som den rette, en må bruke tolkningen til ny tolkning, den hermeneutiske sirkel (Kvale 1997). Hermeneutikken har sin begrensning i at den beveger seg innenfor den språklig formidlende fortolkningsramme. Ved tematikk som omhandler mellommenneskelig forståelse vil hermeneutikken ikke fange opp disse fenomenene (Aadland 1997, Gilje, Grimen 1995).

Ricouer framsatte tanker om hvordan en kan tolke og forstå en tekst eller et annet menneske. Aadland forklarer at Ricouer bringer både forklaring og forståelse sammen i en spennende dialog, en kombinasjon av fenomenologi og hermeneutikk (Aadland 1997). Slik jeg forstår begrepene vil det ikke være mulig å finne den ”rette” tolkning av et fenomen. All beskrivelse og tolkning vil være preget av forskeren. En skal forstå en meningssammenheng med utgangspunkt i åpenhet og deltakelse, dette kan sees opp mot Skjervheims ”Deltakar og tilskodar” (Skjervheim 1996, Aadland 1997). Engasjement og åpenhet for den andres inntrykk er nødvendig for å kunne forstå den andre. Jeg må bruke min forforståelse for å ha mulighet til å forstå informantene.

I kvalitative studier kan en kombinasjon av fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming benyttes. Det er i følge Malterud, ikke mulig å benytte enten beskrivelse eller tolkning. Enhver beskrivelse bygger på tolkning og enhver tolkning bygger på beskrivelse (Malterud 2003). Reflekterende forskning benyttes også som begrep, med tolkning og refleksjon som de to hovedelementene (Alvesson, Sköldbberg 2008). Tolkningen er et resultat fra bearbeidningen av det emiriske materialet. Refleksjonen er tolkning av tolkningen, noe jeg forstår som en kritisk gjennomgang av egne tolkninger, en kan finne nye spørsmål, som kan tilsvare den hermeneutiske sirkel. ”Min personlige hermeneutiske sirkel – spiral skrur seg videre gjennom hele livet i en evig veksling mellom forståelse og tolkning, teori og praksis, refleksjon og opplevelse” (Aadland 1997: 175). En reflekterende forskning inneholder slik jeg forstår det, elementer fra både hermeneutikk og fenomenologi.

I denne studien er det fenomenet handlingskompetanse som skal forstås og fortolkes. Jeg har benyttet data som beskriver informantenes uttalelser om praksis, til å tolke hvordan handlingskompetanse videreutvikles i praksis. Ved å benytte en fenomenologisk - hermeneutisk tilnærming kan jeg få kunnskap om informantenes opplevde virkelighet i forhold til videreutvikling av handlingskompetanse.

Ved analyse av dataene har jeg forholdt meg til en verden som allerede er fortolket av de sosiale aktørene selv (Gilje, Grimen 1995). Det har vært viktig å tolke det empiriske materialet ved og la innholdet i teksten stå mest mulig for seg selv. Intersubjektivitet er en nødvendighet i samfunnsvitenskapelig forskning, dette har jeg ivaretatt ved å informere leseren om alle avgjørelser og som er gjort i prosessen. Vitenskapelig kunnskap skal være en frukt av systematisk, kritisk refleksjon (Malterud 2003).

Ved tolkning av andres erfaring blir tolkningen preget av min fortolkning av informantenes selvforståelse. Jeg måtte være klar over min rolle og hvordan mine erfaringer innvirket på fortolkningene, de har preget min tolkning av det empiriske materialet. Ved å være bevisst min forståelse og forforståelse kan informantenes erfaringer framstå som pålitelige. Jeg har forsøkt å unngå at min forforståelse overdøvte kunnskapen som det empiriske materiale leverte (Malterud 2003).

## **4.2 Valg av fremgangsmåte**

En kvalitativ metode er egnet for å oppnå en forståelse for sosiale fenomener på bakgrunn av fylldige data om personer og situasjoner (Thagaard 2003). For å få frem beskrivelser om handlingskompetanse måtte tekstlig materiale innhentes. Handlingskompetanse er et begrep som inneholder mange elementer og den kan vanskelig måles med tallmateriale. Utvikling av handlingskompetanse er en prosess, der personen deltar og lærer både i og på tvers av ulike former for praksisfellesskap. Den profesjonelle handlingskompetansen er delvis knyttet til den enkeltes kropp og deler av kompetansen kan brukes i en annen kontekst enn der den er lært (Nygren 2004). Det finnes mange former for innsamlingsmetoder i kvalitativ forskning. I prosessen fram til den valgte metoden vurderte jeg observasjon av operasjonssykepleiere i pasientsituasjoner. For deretter å intervju de samme operasjonssykepleierne om den aktuelle situasjonen. En annen tilnærming som ble vurdert var dybdeintervju av operasjonssykepleiere, da kunne jeg få de individuelle opplevelsene i og om utvikling av handlings-

kompetanse. Jeg kunne da fått en tilnærming med fokus på en enkeltes livsverden. Det var ikke den enkelte operasjonssykepleiers livsverden som var målet for datainnsamlingen. Målet var å få tak i det som var felles, produsere kunnskap om kompleksiteten i videreutvikling av operasjonssykepleieres handlingskompetanse. Valget falt derfor på fokusgrupper som datainnsamlingsmetode. Metoden er egnet til å få kunnskap om betydningsdannelser og sosiale praksiser (Halkier 2002).

### **4.3 Fokusgrupper som metode**

Fokusgrupper ble brukt fra ca 1950 for å kartlegge markedsbehov, og hvordan varer kunne markedsføres (Krueger, Casey 2000). Datainnsamlingsmetoden ble gjenopptatt av sosiologien på 1980 tallet og fokusgrupper ble benyttet i samfunnsvitenskaplig forskning (Halkier 2002). I fokusgrupper produseres data via gruppeinteraksjon omkring et emne som forskeren har bestemt, i denne studien operasjonssykepleieres handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua. Fokusgrupper er gode til å produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, interaksjoner og normer. En annen fordel er at fokusgrupper kan få fram de forskjellige deltakernes sammenlikninger av hverandres erfaringer og forståelser i gruppeprosessene, gruppedynamikken kan bidra til å skape fortellinger (Malterud 2003, Halkier 2002). De kan produsere kunnskap om kompleksiteten i betydningsdannelser og sosiale praksiser som er vanskelige å få fram i individuelle intervju. En kan få tilgang til *accounts in action* uten å delta i observasjoner, metoden er ikke særlig påtrengende for deltakerne. Mens ved individuelle intervjuer er det *accounts about action* som er resultat av intervjuene. I fokusgrupper er målet at deltakerne utveksler beretninger om handlinger og forståelser som en del av interaksjonen i en sosial, hverdagslig gjenkjennelig kontekst (Halkier 2002). Det skulle dermed være mulighet til å få fram den tause kunnskapen, skjønnnet og nyansene i handlingskompetansen ved å benytte fokusgrupper.

Antall deltakere i fokusgruppene er anbefalt å være mellom 4 – 12 deltakere. Små grupper kan gi mindre dybde i materialet, det kan føre til at de forskjellige perspektivene som skal være i fokus blir mangelfulle. Store grupper gir større datamateriale og blir dermed vanskeligere å analysere. Større grupper er anbefalt dersom en skal analysere innholdet (gir flere perspektiver) og ikke selve interaksjonen mellom deltakerne. Større grupper krever også

en høyere grad av moderatorinnvirkning, da det er vesentlig at alle deltakerne må få komme til ordet (Halkier 2002).

En viktig erkjennelse er at min medvirkning setter sitt preg på materialet fra fokusgruppene. Mine interesser og erfaringer gjenspeiles i utforming av spørsmål, både de som ble stilt og de som ikke ble stilt. Beskrivelse og fortolkning av handlingskompetanse i denne studien er dermed utført på bakgrunn av min forforståelse og teoretisk referanseramme. Virkeligheten forklares som en sosial konstruksjon, den er ikke objektiv eller skapt av de individuelle subjektene, fordi språkets definisjoner av fenomener skjer i språkets praktiske sosiale anvendelse (Guba, Lincoln 1994, i Halkier 2002). Dette forstår jeg slik at den en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming kan gi en tolkning av materialet som kan gi en forståelse av meningssammenhengen.

Målet med studien er å produsere kunnskap om informantenes egne opplevelser og erfaringer med fenomenet handlingskompetanse. I fokusgruppene kan deltakerne utøve en hverdaglig kontroll av hverandre, de konstruerer sine egne erfaringer i fortellinger til hverandre og i forskjellige versjoner alt etter kontekst. Det kan dermed oppstå en tendens til konformitet og polarisering, det kan føre til mindre variasjon i det materialet som blir diskutert i fokusgruppene (Halkier 2002). For å få kunnskap om informantenes handlingskompetanse utviklet jeg intervjuguide for å sikre at diskusjonen i fokusgruppen handlet om det aktuelle temaet.

#### ***4.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide***

Intervjuguiden ble utarbeidet med bakgrunn i problemstillingen. Målet med fokusgruppene var å få fram beskrivelser om fenomenet, en deskriptiv form. Viktig spørreord ble derfor *hva, hvilke og hvordan*, jeg unngikk *hvorfor* som kan gi deltakerne opplevelse av forhør (Kvale 1997). Utgangspunktet for diskusjonen var operasjonssykepleiernes synspunkter rundt ferdigheter i yrkesutøvelsen og hva som kjennetegner god operasjonssykepleie. Hovedfokus var hvordan uventede hendelser eller akutte situasjoner ble løst, påvirket og bidro til kompetanseutvikling. Deltakerne ble også utfordret til å diskutere om noe i praksis kunne være til hinder for fagutvikling. Som avslutning av fokusgruppene la jeg inn tid til en kort oppsummering av diskusjonen og en mulighet for deltakerne til å gi tilbakemelding på hvordan de opplevde å delta i fokusgruppen. Skissen ble laget med mulighet til å trekke inn



andre momenter som jeg ikke hadde tenkt på, det er viktig med fleksibilitet for å få belyst aktuelle momenter (Kvale 1997).

Rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden ble gjort slik at generelle spørsmål om operasjonssykepleie ble plassert først. Deretter kom spørsmålet om en uventet hendelse eller en akutt situasjon i praksis og dens betydning for videreutviklingen som operasjonssykepleier. Videre omhandlet spørsmålene hvordan deling av erfaringer og kunnskap har betydning for kompetanseutviklingen og om det var noe som de opplevde var til hinder for fagutvikling. Tilslutt var et spørsmål om hvordan de hadde opplevd å være nyutdannet operasjonssykepleier og det hele ble avrundet med en oppsummering (Vedlegg1).

Intervjuguiden ble forelagt en operasjonssykepleier til gjennomsyn, noen små endringer ble gjort i etterkant for å få spørsmålene mer spissede. Jeg gjennomførte deretter et pilotintervju med en annen operasjonssykepleier for å se hvordan spørsmålene fungerte. En kan ikke se hvordan spørsmålene fungerer i gruppe ved å teste spørsmålene på en person, men jeg fikk et inntrykk av om spørsmålene ble forstått, noe de ble. Jeg fikk også et innblikk i tidsforbruk, jeg satte på bakgrunn av denne erfaringen opp en tidsramme for hvert spørsmål. Spørsmålene fungerte greit, men jeg ble oppmerksom på hvordan spørsmålene burde stilles for at de skulle bli så utvetydige som mulig.

Fokusgrupper skal ha en moderator som skal styre diskusjonen mellom deltakerne. Jeg valgte selv å være moderator i fokusgruppene, dette for å få mest mulig nærhet til datamaterialet. Moderatorens rolle i fokusgruppene, bestemmes ut fra antall og type spørsmål. Dersom intervjuet ikke skal ha mange spørsmål, kreves ikke en sterkt involverende moderator. Fokusgruppene kan gjennomføres som en meget løs modell med få og brede spørsmål. Dette passer best ved eksplorative studier, når en ikke vet nok om emnet, en kan åpne opp for diskusjon som kan romme mange ulike vinklinger. En annen tilnærming er en stram modell med flere og mer spesifikke spørsmål. Fokus er på innhold og ikke så stort fokus på interaksjoner. Denne formen kan være relevant ved store grupper, det kan være stort behov for styring fra moderator. Til sist er det en kombinasjonsmodell som starter åpent og slutter mer spesifikt. Den gir større mulighet til å få diskutert deltakernes perspektiver og gi plass til interaksjon med hverandre. Forskeren får samtidig mulighet til å få belyst egne forskningsinteresser (Halkier 2002). Jeg valgte en kombinasjonsmodell. Målet var å få fokus på deltakernes perspektiver, men også mulighet til å sikre at jeg fikk data som kunne belyse

problemstillingen. Ved en delvis strukturert tilnærming kunne jeg følge informantenes fortellinger og samtidig sørge for at jeg fikk informasjon om de temaene som var fastlagt i forhold til problemstillingen (Thagaard 2003).

I fokusgruppen skal moderatoren aktivt lytte til deltakerne, det er i diskusjonen mellom deltakerne at kunnskapen finnes. Min oppmerksomhet skal være rettet mot informantene, men jeg må samtidig unngå at det er jeg som blir fokus i diskusjonen. Det er mellom deltakerne diskusjonen skal være. Ved å aktivt lytte og la deltakerne diskutere sine erfaringer uten å forstyrre unødige med mine intervju spørsmål, viser jeg en fenomenologisk tilnærming (Kvale 1997).

#### **4.3.2 Valg av informanter**

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, valg av informanter gjøres på bakgrunn av egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard 2003). Aktuelle informanter i denne studien var operasjonssykepleiere ansatt i operasjonsavdelinger ved sykehus i Norge. Utvelgelsen ble basert på tilgjengelighetsutvalg (Thagaard 2003). Fokusgruppene ble satt sammen slik at operasjonssykepleiere fra samme sykehus kom i samme gruppe, informantene skulle ha mulighet til å delta i gruppene uten å bruke tid på reise. De måtte være villige til å stille opp som informanter. For å få svar på problemstillingen, skal utvalget settes sammen slik at materialet inneholder data som belyser både dybde og bredde i forhold til problemstillingen (Malterud 2003). Dette ble sikret ved å inkludere operasjonssykepleiere med ulik lengde på sin yrkespraksis. Ved å inkludere operasjonssykepleiere med samme erfaringsbakgrunn og fra samme nettverk kan en få trygghet i gruppen, deltakerne tar lettere del i samtalen. Det kan igjen føre til et rikere datamateriale som igjen styrker den interne validiteten (Halkier 2002, Malterud 2003). Mc Lafferty (2004) fant at fokusgrupper hvor informantene kjente hverandre hadde en bedre diskusjon og produserte rikere data enn i grupper som var ukjente for hverandre. På en annen side kan det føre til at informantene ikke våger å si noe annet enn den rådende "sannhet" ettersom de er kollegaer.

Som utgangspunkt før rekruttering av informanter hadde jeg følgende kategori inndeling i fokusgruppene:

1: operasjonssykepleiere med 2 – 4 års erfaring etter spesialutdanning, ansatt i samme operasjonsavdeling.

2: operasjonssykepleiere med lengre enn 5 års erfaring, ansatt i samme operasjonsavdeling.

Denne inndelingen ble gjort på bakgrunn av at utvikling av kompetanse skjer ved erfaring og tid er en viktig faktor (Skau 2005, Benner 1995). Størrelsen på utvalget vurderes i forhold til et metningspunkt. Når studier av enheter ikke gir større forståelse av fenomenet, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort. Antall fokusgrupper må også bestemmes ut fra at det skal være mulig å gjennomføre grundig analyse (Thagaard 2003). Et stort antall fokusgrupper kan føre til at analysen blir overfladisk (Malterud 2003). Jeg tok utgangspunkt i to fokusgrupper innen hver kategori, dette for at datamaterialet ikke skulle bli for stort, mens en gruppe innen hver kategori kunne føre til for lite datamateriale.

### **4.3.3 Utvalgsprosessen**

Rekruttering av informanter ble gjort ved at jeg tok telefonisk kontakt med avdelingsledere ved operasjonsavdelinger i Norge. Disse var villige til å bistå meg med å skaffe informanter, og jeg sendte en skriftlig forespørsel (Vedlegg 2). Sammen med forespørselen til avdelingslederne, sendte jeg med informasjonsskriv med forespørsel om å delta i forskningsprosjekt. Dette informasjonsskrivet inneholdt også svarslipp om informert samtykke (Vedlegg 3). Avdelingslederne leverte forespørselen om å delta i prosjektet til operasjonssykepleiere ved operasjonsavdelingen. De operasjonssykepleiere som ønsket å delta tok direkte kontakt med meg enten via e - post eller telefon. Jeg fikk også tilsendt en liste med navn på alle operasjonssykepleiere som hadde mottatt informasjonsskrivet. Jeg tok telefonisk kontakt med de på listen som ikke tok kontakt med meg. Jeg fikk på denne måten positive svar fra både de med kort og lang erfaring. Denne prosessen ble fulgt for å sikre anonymiteten til de frivillige deltakerne.

I studien var det ikke nødvendig å søke godkjenning til Regional Etisk Komitè (Vedlegg 4). Prosjektet ble vurdert til å være meldepliktig og godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste ble gitt med bakgrunn i at personvernopplysninger ble behandlet i henhold til personopplysningsloven §31 (Vedlegg 5).

Sykehusene i Trøndelag ble ikke inkludert i studien, på grunn av min funksjon som lærer ved operasjonsutdanningen i denne regionen. Min rolle som lærer kunne ha ført til at informantene kunne ha opplevd intervjuet som en kontroll av deres ferdigheter og kunnskaper. På den andre siden kunne også jeg med mitt kjennskap til informantene og

sykehusene forøvrig utført tolkninger på feil grunnlag. Det kunne ført til usikkerhet om resultatenes troverdighet.

I denne studien var det ønskelig med 6 – 8 deltakere i hver fokusgruppe, på bakgrunn av at gruppene ikke skulle bli for store, og alle skulle få mulighet til å delta i diskusjonen. Siden jeg ikke hadde erfaring med å være moderator i fokusgruppe, mente jeg at for store grupper kunne bli vanskeligere å styre (Halkier 2002, McLafferty 2004). Antall fokusgrupper ble vurdert i prosessen, rekruttering til gruppene ble gjort på to sykehus for å tilgang på ”nok” grupper. Kvalitative studier har ikke representativitet som mål og det var derfor ikke viktig å inkludere flest mulig. En vurderer overførbarhet, men den avhenger av de betingelser og forutsetninger for funn – det skal være mulig å følge forskningsprosessen. Dersom intersubjektiviteten er høy, kan funnene være relevante i andre sammenhenger (Thagaard 2003, Malterud 2003).

Utvalgsprosessen førte til en liten endring i inndeling i kategoriene i forhold til det som først var planlagt. Det viste seg at det utmerket seg to grupper blant informantene. Det var noen med svært lang erfaring mellom 10 - 38 år og noen med 6 års erfaring og kortere. Gruppene ble derfor inndelt slik at de med 10 til 38 års erfaring ble i kategori 2. Og de med mellom 1 til 6 års erfaring ble i kategorien 1. Dette på bakgrunn av at homogenitet i gruppen er viktig for prosessen (Krueger, Casey 2000). Jeg fikk informanter til to fokusgrupper innen hver kategori. Seks informanter i begge gruppene med lang erfaring, samt seks og fem informanter i de to gruppene med kort erfaring. Antallet i gruppene lå i nedre kant av det som jeg hadde satt som mål, men antallet skulle ikke være for lite til å få gjennomført fruktbare fokusgrupper.

#### ***4.3.4 Gjennomføring av fokusgruppene***

Gjennomføring av fokusgrupper foregikk i møterom på informantenes arbeidsplass, hvor vi fikk sitte uforstyrret. Jeg som moderator, skulle håndtere den sosiale dynamikken, muliggjøre den sosiale interaksjonen i fokusgruppen. Jeg måtte ha fokus på at alle fikk like muligheter til å delta i diskusjonen, hele gruppen skulle aktiviseres. Et annet mål var å være med på å spre trygghet og la alle få uttale seg. Jeg forsøkte å ha blick på både innhold og prosessen i fokusgruppen.

Jeg valgte å følge anbefalingene om å ha medhjelpere under fokusgruppene (Halkier 2002, Krueger, Casey 2000). Dette fordi jeg ikke hadde erfaring med fokusgrupper. Jeg skulle fungere som moderator og var ikke sikker på om jeg klarte å ha fokus på alt som skjedde i gruppen. Medhjelpere hadde lektorkompetanse og operasjonssykepleie som fagbakgrunn. Hun var også delvis kjent på sykehusene og kunne dermed fungere som en kjentmann for meg.

Introduksjon er noe av det viktigste i fokusgrupper (Halkier 2002), jeg forklarte litt om prosjektet, hva som skulle skje i fokusgruppen, retningslinjer for interaksjonen, min og medhjelpers rolle i fokusgruppen. Målet var at det skulle skapes rom og trygghet i den sosiale interaksjonen. Både min og medhjelpers taushetsplikt ble påpekt. Jeg poengterte også at det var deres erfaringer og tanker jeg ønsket å ta del i og ikke deres kunnskap, det var ikke noe rett eller galt svar. Informantene ble informert om at de ikke hadde taushetsplikt, men jeg henstilte dem til å holde det som ble diskutert, innad i gruppen.

Et viktig poeng i fokusgrupper var at deltakerne forstod at de skulle diskutere med hverandre og ikke med moderatoren. Jeg var der for å lære noe av deltakerne. Min oppgave var å få prosessene til å flyte i gruppen, stille oppfølgingsspørsmål. En oppgave ble også å styre innholdet i diskusjonen slik at det ikke kom ut av fokus for prosjektet. Den avtalte tiden skulle også inneholde rom for oppsummering og avslutning. Medhjelperens rolle var blant annet å gi beskjed når tiden var inne for å gå til neste spørsmål, samt overholde avtalt tid for fokusgruppen.

I tre av fokusgruppene kom alle informantene. I den fjerde gruppen ble det et frafall på to, slik at gruppen kun bestod av tre deltakere. I denne gruppen opplevde jeg at diskusjonen gikk litt tregere og det ble ikke så mange vinklinger som i de gruppene med seks deltakere.

Vi hadde en presentasjonsrunde, selv om operasjonssykepleierne kjente hverandre, var moderator helt og medhjelper delvis ukjente med deltakerne. Deltakerne fikk navnelapper med nummer for å gjøre det lettere for moderator og medhjelper. Jeg som moderator kunne bruke navnene og medhjelper brukte numrene, for å notere rekkefølgen på de som snakket.

Jeg leverte ut ett og ett spørsmål, dette for at deltakerne ikke skulle bli for opptatt av å tenke på neste spørsmål. Jeg ønsket deltakernes fulle oppmerksomhet om dette ene spørsmålet, før det neste ble delt ut. Utarbeidelse av intervjuguide og rekkefølgen på spørsmålene er

beskrevet tidligere i dette kapittelet og i vedlegg 1. Deltakerne i fokusgruppene holdt seg i hovedsak til spørsmålene. Ved et par anledninger kom de inn på momenter som ikke hadde noe med min problemstilling, men som omhandlet sider ved sykehusdriften. Det ble da en vurdering om jeg skulle avbryte, eller la diskusjonen gå videre. Jeg valgte å avbryte diskusjonene ved å sette fokus på noe de hadde snakket om tidligere, slik at jeg ikke skulle ødelegge driven i fokusgruppen.

Sett under ett fungerte fokusgruppene bra, diskusjonen gikk mellom deltakerne og alle deltok i diskusjonen i større eller mindre grad. Alle deltok ikke like mye og jeg merket raskt at enkelte var mer ivrige enn andre. Jeg opplevde *accounts in action*, det ble replikkveksling mellom deltakerne om hvordan ting hadde foregått og hvilke vurderinger som ble gjort i forbindelse med hendelser. I korte perioder kunne det oppstå stillhet i gruppene, men jeg opplevde stillheten som kreativ, nye momenter kom fram i etterkant. Jeg opplevde også at det innad i gruppen var en sterk vilje til at alle momenter og vinklinger om temaet skulle komme fram. Kommentarer som "Har vi fått med alt?" eller "Er det noe vi har glemt?" kom på slutten av fokusgruppene.

Helt til slutt i fokusgruppene, ble det spurt om hvordan deltakerne opplevde det å delta i fokusgruppe. Ingen kom fram med noe negativt, de håpet at det hadde kommet fram materiale som kunne benyttes til å besvare problemstillingen. I to fokusgrupper ble det poengtert at det å sitte i slike grupper og prate fag, opplevdes som lærerikt og positivt.

Ved hjelp av medhjelper kom jeg gjennom alle spørsmålene og tiden for fokusgruppene ble overholdt. Medhjelper var også en god diskusjonspartner etter at fokusgruppene var gjennomført, vi hadde et resymé og vurderte hvordan diskusjonene hadde vært. Det var en fordel at medhjelper hadde samme fagbakgrunn og vi kunne diskutere faget og ikke bare metoden. En fare kan være at vi gikk glipp av momenter som en med en annen fagbakgrunn kunne fått med seg. På den annen side så kunne vi få med oss nyanser i diskusjonen som en uten samme fagbakgrunn ikke hadde fått med seg. En oppsummering etter fokusgruppene kan karakteriseres som en start på analysen, det gav mulighet til å endre spørsmålene og tidsbruken slik at materialet kan gi svar på problemstillingen.

#### 4.4 Transkribering og analyse

En forberedelse til analysen var å få materialet fra intervjuene over til tekstform. Formålet med å omformulere tale til tekst var å fange opp samtalen i en form som representerer det som informantene hadde som hensikt å meddele (Malterud 2003). Transkribert tekst kan ikke sees på som den absolutte sannhet fra fokusgruppene. De er kunstige konstruksjoner av kommunikasjon fra muntlig til skriftlig form (Kvale 1997). Oversettelse fra tale til tekst betyr at meninger går tapt eller blir forvrengt undervegs (Malterud 2003).

Jeg valgte å utføre transkriberingen selv, noe som kan styrke troverdigheten, det er lettere for en som har vært til stede å kjenne igjen stemmene, andre lyder og huske interaksjon som ikke høres på båndet. På den andre siden så kunne transkriberingen føre til at jeg allerede i denne fasen begynte å filtrere og tolke materialet. Derfor valgte jeg å lytte gjennom intervjuene før jeg begynte på transkriberingen, da fikk jeg også et helhetlig inntrykk og oversikt over intervjuene. Målet med det var å bli oppmerksom på momenter som jeg ikke fikk med meg under fokusgruppen.

I transkriberingsprosessen ble dialekt omskrevet til bokmål, dette for å sikre anonymiteten i materialet. Navnene på deltakerne ble også byttet ut med nummer. Problemstillingen i denne studien omhandler ikke interaksjonen mellom deltakerne, det er innholdet som er fokus for analysen. I transkriberingen noterte jeg latter og pauser, men jeg noterte ikke lengden på pauser, da jeg vurderte at det ikke var fokus for analysen av innholdet. Det var viktig å få fram innholdet i diskusjonene. Teksten ble i noen grad redigert for å få fram samtalen slik den ble hørt (Malterud 2003). Det kunne i noen sekvenser være vanskelig å skille hvem som snakket, dialogen gikk mellom mange og små bemerkninger kan dermed ha kommet med under feil person. Siden det var innholdet i diskusjonen som var fokus så vurderte jeg at dette ikke påvirket troverdigheten i analysen. Det ble mange ganger fram og tilbake i lydopptakene for å få med alle nyansene. Det er i tråd med fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Ved gjennomgang av lydopptakene var det små mengder med ”dødt materiale” i teksten. Dersom det hadde vært store mengder kunne det svekket troverdigheten (Malterud 2003). Etter at transkriberingen var gjennomført ble intervjuene hørt gjennom en gang til for å sikre at det skriftlige materialet var i samsvar med innholdet i diskusjonene.

Analyse av kvalitativt materiale beskrives som et kontinuum mellom beskrivelse og tolkning (Kvale 1997). Analysen skal føre fram til en helhetsforståelse av dataenes meningsinnhold. For å kunne utføre analyse av det kvalitative materialet må datamaterialet deles opp. Deretter må de enkelte delene studeres i forhold til den helheten de er en del av (Thagaard 2003). Det finnes mange tilnærminger på hvordan dette kan utføres. Jeg valgte å ta utgangspunkt i Giorgis fenomenologiske analyse. Giorgi anbefaler at analysen utføres i fire trinn: få et helhetsinntrykk, å identifisere meningsbærende enheter, å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene og å sammenfatte betydningen av dette (Giorgi 2000). Malterud beskriver en modifisert tilnærming av fenomenologisk analyse som systematisk tekstkondensering (Malterud 2003). I fenomenologisk tenkning er det viktig å få fram det helhetlige perspektivet i materialet. Den fenomenologiske analysen beskrives å være et nyttig verktøy i analyse av lange og kompliserte intervjuetekster (Kvale 1997).

Systematisk tekstkondensering egner seg godt for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Den egner seg godt til datastyrt analyse, som identifiserer enheter i teksten som danner grunnlag for utvikling av databaserte kategorier, disse kan brukes til å reorganisere teksten slik at meningsbærende enheter kommer tydelig fram (Malterud 2003).

Målet med analysen var å finne fram til innholdet i operasjonssykepleiernes opplevelse og erfaringer. Det var ikke den enkelte operasjonssykepleier, men gruppen som var i fokus. Analyse av interaksjoner og utsagn fra den enkelte informant ble derfor ikke utført. Jeg skulle identifisere fenomener som bidrar til videreutvikling av operasjonssykepleiernes handlingskompetanse, finne sammenhenger, motsetninger, eller som har konsekvenser for hverandre. Teksten ble tolket ut fra mitt faglige perspektiv og ståsted.

I trinn en av analysene, startet jeg med å lese alt datamateriale for å få et inntrykk av innholdet. I denne delen av prosessen var det viktig at min forforståelse og teoretisk referanseramme ikke påvirket mine valg av tema. Det er i tråd med en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Etter å ha lest alt satte jeg opp noen tema som utpekte seg, disse stikkordene ble notert og tatt videre med til neste trinn i analysen (Malterud 2003).

I trinn to fant jeg hvilke deler av teksten som hadde innhold som kunne belyse problemstillingen, dødt materiale ble holdt utenfor. Jeg identifiserte meningsbærende enheter



og lette etter systematiske sammenhenger. Med utgangspunkt i temaene fra første trinn, ble de meningsbærende enhetene merket med koder og plassert i tabell. Koding kan beskrives som systematisk dekontekstualisering av datastykker i fokusgruppeutskriften ved å gi en tematisk hovedoverskrift til hver databit som meningsmessig henger sammen. En må undervegs overveie hvorvidt kodene representerer fenomener som har noe til felles. Spørsmål 1 og 2, som omhandlet ferdigheter i operasjonssykepleie og god operasjonssykepleiepraksis ble analysert i en operasjon. Materialet fra de resterende spørsmålene ble analysert på tilsvarende måte, disse spørsmålene omhandlet videreutvikling av handlingskompetansen.

Koding innebærer refleksjon over hva datamaterialet inneholder og er en interaksjon mellom min forforståelse og datamaterialet (Thagaard 2003). Fortolkningen av datamaterialet avhenger av problemstilling og intervjuguiden. Jeg brukte min kunnskap om operasjonssykepleiefaget for å identifisere de temaene som kunne gi svar på problemstillingen.

Følgende hovedkategorier (kodegrupper) ble identifisert:

- Operasjonssykepleiens særegne kjennetegn
- Strukturelle sider i en operasjonsavdeling
- Kulturelle aspekter i en operasjonsavdeling
- Kontekstuelle og relasjonelle forhold
- Indre betingelser og prosesser hos operasjonssykepleiere

I trinn tre i analyseprosessen ble innholdet i de meningsbærende enhetene kondensert. Hver kodegruppe ble gjennomgått for å finne subgrupper som gjenspeilet nyanser i materialet. Deretter ble innholdet i hver subgruppe kondensert, innholdet fortettet til et kunstig sitat som gjenspeilet de meningsbærende enhetene i subgruppen (Malterud 2003). Dette ble gjort med alle kodene og subgruppene. Det kunstige sitatet var et arbeidsnotat som ble brukt som utgangspunkt for resultatpresentasjonen i trinn fire.

Trinn fire innebærer en rekontekstualisering, sammenfatte det jeg har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. Med basis i de kondenserte tekstene og utvalgte sitat ble det laget en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe med subgrupper. Sammenfatningen handler om å dykke ned i og sammenlikne

små mengder datamateriale og utvide forståelsen av disse. Det er viktig å sammenfatte innholdet slik at man er lojal mot informantenes stemmer og gir leseren innsikt og tillit (Malterud 2003). Innholdsbeskrivelsene ble sammenliknet med den opprinnelige teksten for å sikre troverdighet og bekreftbarhet i studien. En arbeider ut fra en forståelse om at deler og helheten i tekster henger sammen. Det er også viktig å være åpen for perspektiver som en ikke forventer å finne i datamaterialet (Malterud 2003). I analyseprosessen ble det mange runder fram og tilbake i materialet. Disse rundene medførte funn av andre momenter enn de jeg identifiserte ved tidligere gjennomganger. Denne framgangsmåten er et kjennetegn ved en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Jeg mener at jeg ved disse rundene har fått kunnskap om informantenes opplevelse i praksis i forhold til videreutvikling av handlingskompetanse.

#### **4.5 Troverdighet, bekreftbarhet, overførbarhet og metodekritikk**

I kvantitativ forskning brukes begrepene reliabilitet, validitet og generalisering. I kvalitativ forskning er begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet mer dekkende begreper (Thagaard 2003). Jeg velger å benytte begrepene som Thagaard benytter i sin bok om kvalitativ metode.

Menneskers erfaringer og fortolkning av disse, krever en tilnærming som fordrer en bevisstgjøring av min rolle i forskningsprosessen. Kvalitativ forskning gir ikke samme type vitenskapelig kunnskap som kvantitative metoder. Resultatene kan ikke umiddelbart overføres til hele populasjonen. Da må det stilles krav til at data, funn og konklusjoner står i en større sammenheng som forskeren har forholdet seg til og tatt stilling til (Malterud 2003).

Troverdigheten i forskningen avhenger av hvordan forskeren har vært kritisk til egen rolle. Jeg har vist til egen fagbakgrunn, min forforståelse og forsøkt å se datamaterialet slik det framstår. Ved å klargjøre mitt kjennskap til fagfeltet, vist hvordan forskningsprosessen har preget funn og konklusjoner, ved å sette spørsmålsteget ved fremgangsmåte og resultater øker jeg troverdigheten. Jeg har konkret undersøkt det jeg har sagt jeg skal undersøke.

Troverdighet er knyttet til hvordan dataene er blitt til (Thagaard 2003). Jeg har beskrevet og begrunnet de valg som er gjort gjennom prosessen. Kvalitativ forskning skal vise et systematisk stykke håndverk og gjøre det gjennomskuelig for andre, samt argumentere

analytisk overbevisende nok til at andre kan akseptere resultatene, det beskrives gjerne som intersubjektivitet (Malterud 2003). Måten å produsere og bearbeide data skal gjøres gjennomskuelig for andre. Da kan leseren vurdere om det er utført et godt stykke håndverk.

Fokusgrupper anbefales som en relevant metode for denne typen problemstillingen med disse teoretiske perspektiver. Det er viktig å stille spørsmål til den måten studien er gjennomført, det kan bidra til å hindre systematiske feil. Troverdigheten kan sikres ved å bruke verktøy som er egnet til denne typen problemstilling.

Vurdering av studiens bekreftbarhet er knyttet til tolkningen av resultatene. Jeg har i prosessen med tolkningen sett både på delene og helheten i materialet. Ved å argumentere analytisk for de valg og de overveielser jeg har gjort, ved å være systematisk, vise kritiske refleksjoner og sammenlikninger og forskjellige vinklinger i tolkningen styrkes bekreftbarheten. Bekreftbarheten er økt ved å sørge for sammenheng mellom de forskjellige deler av det analytiske designet for prosjektet.

Jeg kjenner fagfeltet, og kan dermed gå glipp av momenter som andre uten denne kjennskapen hadde fått med seg. I tolkningsprosessen har jeg forsøkt å se materialet fra ulike vinklinger, forsøkt å lete etter det som kan skjule seg bak det opplagte. Det å kjenne fagfeltet kan også være en fordel fordi jeg kjenner igjen en del av utfordringene informantene bringer fram i materialet. Jeg er også familiær med fagterminologien som gjør det lettere å forstå hva informantene formidler. Jeg mener dette er utført i tråd med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Bekreftbarhet er også å vise at analyse og funn er relevante i forhold til problemstillingen. Den teoretiske referanserammen ble utviklet undervegs i prosessen med datainnsamling og analyse, diskusjonene i fokusgruppene klargjorde hvilke teorier som var relevante.

Studiens overførbarhet har sammenheng med om tolkningen kan være relevant i andre sammenhenger. Jeg må vise i hvilke sammenhenger funnene er overførbare, hva har jeg funnet ut noe om og hvilken overførbarhet den har ut over den sammenhengen studien er utført. Repeterbarhet er ikke et kriterium i kvalitativ forskning, men leseren skal kunne følge prosessen og argumentasjonen slik at overførbarhet kan vurderes. Strategier for å høyne overførbarheten er å vise en systematisk og grundig beskrivelse av datasamling og analyse. Dette er beskrevet tidligere i dette kapittelet. Selv ved å være kritisk reflekterende til egne

antakelser og fortolkninger kan jeg ikke finne den ene sannheten. På bakgrunn av min forståelse og forforståelse har jeg kommet fram til et resultat som jeg mener ut fra forutsetningene kan ha overførbarhet.

Forskningen skal komme andre til gode, for at dette skal være mulig må forskningen inneha relevans. Den nye kunnskapen som produseres skal ha nytteverdi. I denne studien kan kunnskapen om videreutvikling av handlingskompetanse benyttes for å tilrettelegge for fagutvikling i operasjonsavdelinger og utdanningsinstitusjoner. Kunnskapen kan også være et grunnlag for å studere operasjonsavdelingen som lærende organisasjon.

Fokusgrupper produserer kvalitative data som gir innsikt i folks følelser, holdninger og forståelse av virkeligheten noe som er i samsvar med problemstillingen. Fokusgrupper er fokusert, tema blir belyst på en systematisk og strukturert måte. Manglende erfaring med fokusgrupper, kan ha ført til at jeg ikke har fått med meg alle fasettene i fokusgruppene. Valg av metode er ikke ensbetydende med troverdige og bekreftbare resultater. Mine erfaringer og forforståelse har også innvirket på resultatene. Ved å kjenne fagfeltet er jeg kontekstinformert. Det kan ha ført til at informantene var mer åpne og fortalte om virkeligheten slik den er på grunn av at jeg er kjent med fagterminologi og den konteksten yrket utøves. Jeg mener derfor det er en styrke å bruke min forforståelse, jeg innehar egen legitimitet, informantene kunne fortelle mer til meg om situasjonene enn til ikke kontekstinformerte.

Størrelsen på gruppene ble på seks og tre deltakere. I den gruppen med tre deltakere fikk jeg naturlig ikke like rike data som i de andre gruppene. Men ved transkribering og videre analyse var alle temaene også tatt opp i denne gruppen. Det anbefales at det bør være flere grupper i samme kategori, jeg hadde to grupper innen hver kategori. Dataene viser at det er de samme temaer som ble belyst i begge gruppene. Ut fra dette kan en anta at det ikke ville endret noe vesentlig på resultatet ved i inkludere flere fokusgrupper. Sammensetning av grupper der deltakerne kjenner hverandre opplevde jeg som en fordel. De var trygge og hadde en del felles opplevelser å diskutere. Ulempen kunne være at de ikke våget å formidle tanker som gikk på tvers av den forståelsen som det ble fokusert på. De skulle jobbe sammen senere og da er det ikke alltid like lett og være en utbryter.

Fordeler ved fokusgrupper er at en har mulighet til å oppdage uforutsette forhold og det er en billig forskningsmetode, en får raskt resultater og utvalgsstørrelsen kan økes uten særlige kostnader. Ulemper ved fokusgrupper kan være at jeg som intervjuer har mindre kontroll enn ved individuelle intervjuer, det kan bli en del utenomstakk. Jeg opplevde at det ble lite utenomstakk og når diskusjonen ble ute av fokus, var det lett å få gruppen inn på fokusområdene igjen. Deltakerne kan også lett bli revet med og sier ting som de trekker tilbake når de får tenkt seg om. Det kan være vanskelig å tolke resultatene, og det er viktig og ikke ta enkeltutsagn ut fra sin sammenheng. Det er beskrevet at det kan være vanskelig å få personer til å rekruttere til fokusgrupper. Jeg opplevde at det var lett å rekruttere til fokusgruppene. Flere informanter ga tilbakemelding om at de syntes det var spennende at noen utførte studier innen deres fagfelt.

#### **4.6 Forskningsetiske vurderinger**

Studier som innbefatter mennesker, skal forholde seg til etiske prinsipper for medisinsk forskning, Helsinki – deklarasjonen. Det er spesielt tre etiske regler for forskning på mennesker: det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser (Kvale 1997). Det informerte samtykke ble sendt ut til aktuelle informanter sammen med informasjonsskriv via avdelingsleder. Avdelingsleder leverte ut brevet til aktuelle kandidater og jeg fikk en liste over alle som hadde mottatt skrivet. De interesserte tok direkte kontakt med meg eller jeg tok kontakt på telefon. Informasjonsskrivet, med forespørsel om å delta i studien, inneholdt bakgrunn og hensikt med studien. Datainnsamlingsmetoden; fokusgruppe ble beskrevet, likedan sammensetning og tidsforbruk i fokusgruppene. Det informerte samtykket beskrev også at deltakerne hadde mulighet til å trekke seg fra studien. Det ble gitt opplysning i informasjonsskrivet om at data fra fokusgruppene skulle brukes til masteroppgave. Samtykkeskjema ble samlet inn i forbindelse med gjennomføringen av fokusgruppene (Vedlegg 3).

Konfidensialitet ble ivaretatt ved at informantens identitet ikke er kjent. Utvelgelsen av informanter ivaretok dette ved at avdelingsleder sendte informasjonsskriv til aktuelle deltakere og frivillige deltakere tok direkte kontakt med meg eller jeg tok direkte kontakt med mulige informanter. Datamaterialet inneholdt ikke navn eller fra hvilket sykehus data var hentet fra. Ved transkribering av materialet ble nummer brukt for å ivareta deltakernes

anonymitet. Lydopptak ble slettet etter at transkriberingen og analyse var avsluttet. I analysedelen ble numrene på informantene byttet ut med bokstaver.

Forskning skal ikke føre til negative konsekvenser for deltakerne. Det beskrives at deltakelse ved intervjuer kan oppleves som noe positivt. Det kan være en bieffekt for deltakerne; det å bli hørt, få mulighet til å diskutere kan oppleves som givende. Dette opplevde jeg stemte, flere av deltakerne ga tilbakemelding på at det hadde vært faglig givende å delta i fokusgruppen.

## 5 Presentasjon av resultater

Studiens problemstilling er: ”Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?” Gjennomgang av informantenes uttalelser fra de fire fokusgruppene har resultert i en analyse hvor relevant materiale i forhold til problemstillingen er kodet, kategorisert og gått gjennom i flere omganger for å finne sammenhenger og kontraster i materialet. Operasjonssykepleiernes opplevelser fra praksis var utgangspunktet for diskusjonene. Jeg har tidligere gjort rede for rammene for yrket, samt myndighetsområde og funksjonsansvar. Jeg vil relatere resultatene til operasjonssykepleierens kompetanseområde der det er relevant. Den teoretiske referanserammen og innholdet i begrepet handlingskompetanse er en del av min forståelse gjennom analysen. Alle informantene i fokusgruppene var kvinner, jeg omtaler derfor operasjonssykepleierne som hun. For å gjøre presentasjonen oversiktlig, omtaler jeg pasienten konsekvent som han. Anonymiteten hos informantene er ivaretatt ved at de er betegnet med fiktive initialer fra A til U. De sitatene som er valgt for å illustrere resultatene, er både individuelle uttalelser og fra samtaler i fokusgruppene.

Etter en systematisk gjennomgang av datamaterialet er presentasjonen av resultatene delt i fem hovedkategorier

- Operasjonssykepleiens særegne kjennetegn
- Strukturelle sider i en operasjonsavdeling
- Kulturelle aspekter i en operasjonsavdeling
- Kontekstuelle og relasjonelle forhold
- Indre betingelser og prosesser hos operasjonssykepleiere

### 5.1 Operasjonssykepleiens særegne kjennetegn

Operasjonssykepleie er for mange er en ukjent spesialitet, dette gjelder også for sykepleiere. Yrket har lange tradisjoner, men operasjonssykepleiers funksjons- og ansvarsområde er for mange ukjent. Det særegne med operasjonssykepleie er at det utøves i en kontekst hvor pasienter kommer til operasjonsavdelingen for å få gjennomført et inngrep. For mange pasienter vil tilstanden være eller oppleves som, livstruende, ustabil og uoversiktlig (Bäckström et al 2008). Operasjonssykepleier må være beredt på å mestre hurtige endringer i

pasientens situasjon, samt kunne omstille seg til mottak og behandling av akutte pasienter. Jeg har i denne analysedelen trukket fram informantenes beskrivelser av operasjonssykepleiefaget, med fokus på de særegne kjennetegnene.

Ved gjennomgang av denne delen av materialet fant jeg ikke noen betydelige forskjeller på de nyutdannede og de erfarne sine beskrivelser av operasjonssykepleiefaget. I de sitatene jeg har valgt å ta med, er det beskrevet fra hvilken gruppe sitatene er kommet fra. Begrunnelsen er at informantenes ståsted, nyutdannet eller med lang erfaring, gjenspeiler seg i utsagnene.

### **5.1.1 Om praktiske ferdigheter og evne til omstilling**

Informantene beskriver at operasjonssykepleiere må ha en viss praktisk evne, de må ha håndlag. Det er et praktisk yrke og de må kunne gjøre flere ting på samme tid. Beskrivelsene viser at de må planlegge, klargjøre, utføre og vurdere de forskjellige arbeidsoppgavene ofte som parallelle prosedyrer. Fleksibilitet og kreativitet er dermed to ferdigheter som er sentrale i utøvelsen av faget. Operasjonssykepleierne framhever dette som viktige momenter, og det kan det synes som om operasjonssykepleiernes praktiske evner er av stor betydning. Noen nyutdannede snakker om ferdigheter:

*A: Viktig å beholde steriliteten, korrekt vasking og dekking av pasienten er veldig viktig!*

*B: Må ha det litt i seg, ha orden i ting, struktur og orden og utøve det på en god måte, også viktig å planlegge det en skal gjøre.*

*A: En må ha en god visuell hukommelse, en må lære å se, uten at det er så mye formulert.*

*C: Det er et praktisk yrke, en må bare huske.*

Alle fokusgruppene framhever hygiene og sterilitet som viktig i yrkesutøvelsen. Pasientens sårbarhet i forhold til infeksjoner er fokus for deres handlinger. Et mål for operasjonssykepleierne er å forebygge infeksjoner som kan oppstå i forbindelse med inngrepet. For å nå dette målet må ferdigheter i samband med forberedende prosedyrer mestres, for eksempel desinfeksjon av huden og klargjøring av sterilt utstyr.

De må være fortrolige med det medisinske tekniske utstyret som benyttes ved inngrepene. Informant B uttaler: *en må være teknisk, kunne data, elektronikk, bor og sag .... være litt snekker... en må også ha det litt i seg, en må være strukturert, systematisk og ha orden i ting.* Informantene påpeker dette praktiske aspektet, ferdigheter som er særdeles viktig ved uventede hendelser. Det vil ikke alltid være tid til å fundere på hvordan prosedyrer skal



utføres eller hvor instrumentene er lagt. Informantenes uttalelser kan tyde på at operasjonssykepleiere må kunne handle automatisk, samt vurdere hva som kan oppstå av hendelser. Den tause kunnskapen kommer fram i samtalen, alt er ikke nedskrevet, og de må lære *å se og huske*. De uttaler at de må lære *å se*, det kan tolkes som at det ikke bare er *å se* bildet av situasjonen, men det som ligger i bildet av identifisering, vurdering, planlegging og hvordan gjennomføre tiltakene. Det er de nyutdannede som kommer med disse uttalelsene, de har ikke den erfaring som skal til for å kunne mestre alle utfordringene som kan oppstå. Deres uttalelser kan tyde på at de er opptatt av det som ikke er nedskrevet, men som må huskes og erfares. Det kan synes som om det oppleves som en stor utfordring.

Operasjonssykepleieres krav til omstilling kan også oppleves som utfordring. Informantene uttaler at når det skjer mange ting på en gang må de oppdage endringen, og omstille seg på den nye situasjonen. Noen erfarne sier om omstilling:

*G: Dersom en får meldt øyeblikkelig hjelp, må en plutselig omstille seg på kort tid*

*L: Da må en være ryddig i hodet sitt*

*K: Må ha fokus på hele situasjonen, må ligge litt i forkant*

*J: Må bruke kunnskapen en har lært i nye situasjoner*

*L: Improvisere er noe vi hele tiden må gjøre.*

For å kunne oppdage endring må de ha kunnskap om hva som kan skje og hvordan endringen fremstiller seg. Dersom de ikke vet hva de skal se etter, vil de heller ikke oppdage endringen (Polanyi 2000). Noe må være årsak til at endringen oppdages. Dersom en kobler dette til å ha handlingsberedskap vil kunnskaper, ferdigheter, kontroll over de ytre betingelsen og yrkesidentitet være grunnlaget for å oppdage endringen og iverksette tiltak. I akutte situasjoner kan det synes som det er viktig å kunne improvisere og bruke skjønn for å kunne velge rett handling. Disse uttalelsene kan tyde på at kunnskap og erfaring er viktig for å kunne handle og vite hvordan og hvorfor en handler.

Når det kommer akutte pasienter påpeker informantene at de må vite hva de skal gjøre først og sist, og ikke begynne i feil ende. Å begynne i feil ende kan være å pakke opp det sterile utstyret i feil rekkefølge (starte med det som skal brukes til slutt), eller det kan være å desinfisere pasientens hud før anestesen er ferdig med sine tiltak. Desinfeksjonen av operasjonsfeltet skal være det siste tiltaket som utføres i forberedelsen av inngrepet for å unngå at mikrober forurenser operasjonsfeltet (Nicolette 2007). Planlegging og struktur er en del av det å ikke begynne i feil ende. Dersom operasjonssykepleiere prioriterer feil, kan det

ha fatale konsekvenser for pasienten, i noen akutte situasjoner kan det være forskjellen mellom liv og død. Helsepersonelloven viser til faglig forsvarlig helsehjelp (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a), dersom operasjonssykepleier prioriterer feil er det ikke i henhold til kravet om faglig forsvarlighet.

Det kan synes som om erfaring er en faktor som innvirker på hvordan en operasjonssykepleierne mestrer å planlegge og prioritere rett. Begreper som de nyutdannede fremhever er *å se forløpet, de må være forberedt, skjønne hva som skjer, følge med og være litt på forskudd*. Dette kan settes i sammenheng med det å huske, og ha god visuell hukommelse. Deltakelse i praksis gir erfaring og det kan i denne sammenhengen være en viktig faktor for å kunne se og forstå hva som skjer. De må bruke erfaringen i situasjoner som krever rask handling og hurtige avgjørelser.

Evne til å kommunisere godt med både pasient og hele det kirurgiske teamet synes å være en viktig ferdighet for operasjonssykepleiere. De må kunne snakke med pasienter i alle situasjoner. God operasjonssykepleiepraksis beskrives som forskjellig fra ut fra hastegraden til pasienten. Informantene viser til at det er viktig å skille mellom akutte og elektive inngrep. Når en pasient kommer til operasjonsavdelingen med en sprukket utposning på hovedpulsåra (aorta) i magen vil informasjon til pasienten ikke bli prioritert, da er det viktigste å komme i gang med inngrepet for å få stoppet blødningen (Helse og Omsorgsdepartementet 1999b § 3-2). Ved andre inngrep kan det være tid til å gi informasjon eller være støttende i sin fremtreden. Informantene påpeker de må kunne gi individuell operasjonssykepleie tilpasset den enkelte. Det innebærer igjen *å se* pasienten og hans behov. Informantene viser til yrkesrelevante ferdigheter, både instrumentelle og personlighetsmedierte, som viktige for å mestre endringer og utforutsette hendelser. Kommunikasjon som er en av disse ferdighetene, er et område som operasjonssykepleierne kommer tilbake til under flere tema. Det vil dermed bli tatt opp igjen senere i analysedelen.

### ***5.1.2 Om å disponere kunnskap***

Operasjonssykepleie innebærer å ha kunnskap innen mange områder. Det gjelder både innen medisin, naturvitenskap og samfunnsvitenskap. Kunnskap bidrar til at operasjonssykepleieren kan ivareta pasienten og gi faglig forsvarlig operasjonssykepleie. Informantene trekker fram kunnskap om mikrobiologi, hygiene, anatomi og fysiologi som basiskunnskap. Kunnskapen

beskrives som grunnlaget for å kunne leire pasientene på best mulig måte og for å forebygge infeksjoner i forbindelse med inngrepet.

Kunnskap om hygiene og sterilitet er viktige områder innen operasjonssykepleie, alle fokusgruppene poengterer dette. Anatomi og fysiologikunnskapen brukes til å mestre korrekt leiring av pasienten for å unngå skader etter leiringen. De beskriver også at de må ha god kunnskap om instrumenter og om medisinsk teknisk utstyr. En av de erfarne G, uttaler: *en må anvende kunnskapen som en har lært, bruke den og nyttiggjøre den, omsette teori til praktisk arbeid.* Det kan forstås som om at det ikke bare er å ha kunnskap som er viktig, men den må også kunne brukes i det praktiske arbeidet. Noen nyutdannede snakker om forberedelse av pasient:

*B: Vi har pasienten i fokus også når vi ikke snakker med pasienten, gjør slik at det blir best mulig uten komplikasjoner*

*A: Uten infeksjoner*

*B: Dersom vi ikke har alt klart, at det tekniske utstyret ikke virker, da baller det på seg. Det gir økt infeksjonsfare, vi må være forberedt...*

*E: Vi må kunne begrunne ut fra at det skal gi minst mulig komplikasjoner for pasienten, må gjøre det best mulig.*

Det beste for pasienten nevnes flere ganger i denne samtalen. Målet for operasjonssykepleien ser ut til å være felles. Informant B sier at de: *gjør slik at det blir best mulig uten komplikasjoner.* Pasienten blir ivaretatt av operasjonssykepleiere når han ikke kan ivareta seg selv (Bäckström et al 2008). I forberedelsen til operasjonen vil leiring, tilkobling til medisinsk teknisk utstyr og desinfeksjon av operasjonsfeltet være operasjonssykepleiers ansvar. Kontroll på utstyr og planlegging av arbeidsoppgavene ser ut til å være et viktig moment. *Vi må være forberedt.* Jeg tolker dette som kunnskap om de fenomener som kan oppstå, hvorfor de oppstår og hvordan de viser seg som viktige kunnskapsområder i handlingskompetansen. Utsagnet kan tyde på at allerede her er tanken på hva som kan skje, en del av forberedelsen. Det kan synes som om refleksjon i handling er vesentlig, de reflekterer over hva som kan skje og hvordan de kan møte eventuelle endringer i situasjonen.

Kunnskap for å forebygge komplikasjoner i forbindelse med inngrep er av stor betydning i følge alle fokusgruppene. Komplikasjoner som infeksjoner og problemer/skader som følge av feil leiring, har store konsekvenser både for den enkelte pasient og for samfunnsøkonomien. I følge Norsk pasientskadeerstatning har det siden 1988 vært fattet vedtak i 150 saker hvor pasienten har klaget på skader etter trykk eller klem ved leiring under operasjon. Over 70

prosent av pasientene har fått medhold i erstatningskravet, den totale utbetalingen til disse pasientene er så langt på ca 20 millioner (Norsk Pasientskadeerstatning 2009). I følge fokusgruppene arbeider operasjonssykepleiere med det mål at arbeidet skal være best mulig og uten komplikasjoner, det synes å være høyst relevant også i forhold til samfunnsøkonomien.

Postoperative sårinfeksjoner registreres ved prevalensundersøkelser, (opptelling av alle tilfeller på en bestemt dato) den siste undersøkelsen ble utført av Folkehelseinstituttet våren 2008. Denne viste 53 overflatiske og 108 dype postoperative sårinfeksjoner, det er en prevalens på 6,6 % av alle opererte pasienter (Folkehelseinstituttet 2008). Disse tallene viser at det kan få store konsekvenser dersom det arbeidet som gjøres med pasienten ikke utføres korrekt. Ansvaret ligger ikke bare hos operasjonssykepleier, men i følge helsepersonelloven har hun/ han et selvstendig ansvar for de arbeidsoppgavene hun/ han utfører eller unnlater å utføre (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a).

Operasjonspasientens situasjon krever at operasjonssykepleierne har kunnskap om mennesker i krise og kunnskap om kommunikasjon. En operasjonspasient som kommer til operasjonsavdelingen med en akutt livstruende lidelse, har ikke den samme mulighet for å få informasjon som en pasient som skal til et elektivt inngrep. Pasienten kan være i sjokk på grunn av den akutte sykdommen eller traumet som han er utsatt for. En av de nyutdannede A, sa det slik: *å forstå når det haster, noen ganger kan en bruke god tid, men når det haster må en bare handle, det er den beste omsorgen en kan gi, en må skille når det er akutt og ikke. I en slik situasjon hvor det haster og pasienten er våken, kan operasjonssykepleierens kommunikasjon være ved et blick, korte kommentarer eller kort forklaring på hva hun gjør. I tilfeller hvor pasienten er i narkose eller er bevisstløs, vil kommunikasjon med pasienten ikke være fokus for operasjonssykepleieren. Målet for kommunikasjonen blir da hvordan det kirurgiske teamet kan utføre det beste for pasienten.*

De nyutdannede poengterer at de erfarne kan lære ny kunnskap av dem, de erfarne har kanskje ikke oppdatert seg på annet enn det som er kommet av nytt utstyr. Da opplever de at det er fint å bidra med ny kunnskap, de har oppdatert kunnskap som de erfarne kan lære noe av. De erfarne operasjonssykepleierne påpeker at de som er nyutdannede har bedre kunnskap og erfaring i å finne kunnskap på nettet. Disse to momentene kan oppleves positivt av

nyutdannede. Jeg mener det er viktige faktorer for å utvikle yrkesidentitet som operasjonssykepleier.

### **5.1.3 Om å ha pasienten i fokus**

Informantene beskriver at alt det de gjør, er med pasienten i fokus. Pasienten skal ivaretas hele tiden og operasjonssykepleier skal utstråle trygghet og vise omsorg. De skal ha pasienten i fokus, også når de ikke snakker med pasienten. En erfaren operasjonssykepleier beskriver det slik:

*O: Jeg tenker på at vi prøver å utstråle trygghet, vi kan vårt fag, og når pasienten kommer til oss er vi forberedt på at denne pasienten kommer. De ser at vi er forberedt ved at vi viser at vi er trygg på det vi gjør. Ikke det at vi alltid er trygg på alt, men at vi har en basis trygghet. Og at vi har på en måte oversikt over det vi skal...det vil gjenspeile seg i det vi gjør. Har vi glemt noe, vil pasienten ligge og føle på det før han sovner. Han vil oppleve om vi kan våre ting.*

Dersom dette er en pasient som kommer til operasjonsavdelingen med behov for øyeblikkelig hjelp, er pasienten ikke forberedt på å bli operert. Hans lidelse eller skade vil være avgjørende for hvor mye det haster med å komme i gang med inngrepet. Pasientens reaksjoner vil avhenge fra person til person, samt årsaken til at han skal opereres. Det kan synes som om denne erfarne operasjonssykepleieren som kan sitt fag, viser at hun har oversikt i den akutte situasjonen og antakelig vil mestre å ha pasienten i fokus. Hun viser til kunnskap om egne personlighetstrekk, hun vet hvordan hun reagerer og kan overføre trygghet til pasienten. Mens en nyutdannet operasjonssykepleier ikke alltid vil ha den samme tryggheten. En av de nyutdannede med lengst erfaring sa det slik:

*T: En må være trygg, faglig trygg på det du skal utføre, på det inngrepet du skal være med på. Da jeg var helt nyutdannet så jeg ikke pasienten slik jeg gjør i dag. Jeg så bare det praktiske, er blitt tryggere med rutinene. Så ikke pasienten like godt som ny.*

Det å se pasienten innebærer også her, slik jeg forstår det, mer enn å se. Det innebærer å observere pasientens reaksjoner, tegn på angst og stress, behov for informasjon, en hånd å holde i, samt å vurdere hvilke tiltak som må iverksettes i forhold til hans behov. Det er dermed behov for et bredt spekter av kunnskap og erfaring for å kunne se pasienten og ha pasienten i fokus. Det kan synes som det er et skille mellom de erfarne og nyutdannede operasjonssykepleierne på hvordan de går inn i en pasientsituasjon. Uttalelsene tyder på at en erfaren ser helheten i situasjonen mens den nyutdannede ser de enkelte delene. Det kan være lettere for en med erfaring og handle automatisk i forhold til konkrete tiltak, hun kan dermed

flytte oppmerksomheten for å imøtekomme pasientens reaksjoner. Hos den nyutdannede blir ofte den praktiske klargjøringen i fokus og pasienten kan komme til å bli ”usynlig”. En nyutdannet C, påpeker at: *anestesian har nærmest kontakt med pasienten, de ordner det opppe ved hodet, vi kan ordne med utstyret, det er vårt fokus, og operasjonen blir utført på best mulig måte.* Denne uttalelsen kan tyde på at ansvarsfordelingen er avklart og operasjonssykepleieren er inneforstått med at hun ikke kan ha helhetlig oversikt. Det kan forstås slik at det oppleves vanskelig å ha full oversikt når de er nyutdannet, men det kan synes som om det blir lettere etter noen år i yrket.

Hygiene og sterilitet, som er viktige ansvarsområder i operasjonssykepleie, ble diskutert i flere sammenhenger. En side ved dette fokuset er operasjonssykepleiernes ansvar ovenfor pasienten i forhold til andre yrkesgruppers ansvar, anestesisykepleiere nevnes som eksempel. Pasienten skal ivaretas, og en konsekvens av dette er at operasjonssykepleierne opplever at de blir sett på som vakthunder eller de beskriver seg som hygienepoliti. Men de påpeker også at det er nødvendig siden de opplever at andre yrkesgrupper ikke alltid tar hensyn til de hygieniske prinsippene. På bakgrunn av disse uttalelsene kan det tyde på at operasjonssykepleiere opplever at de har et spesielt ansvar for å forebygge infeksjon hos pasienten. Dette er også i samsvar med de styrende dokumentene for både operasjonsutdanningen og utøvelsen som operasjonssykepleier (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005).

Denne studien har data kun fra operasjonssykepleiere, det hadde antakelig kommet fram et mer nyansert bilde av situasjonen dersom anestesisykepleiere også hadde vært inkludert. De har sine ansvarsområder spesielt i forhold til pasientens vitale funksjoner. Slike situasjoner som operasjonssykepleierne beskriver, kan utvikles til en interessekonflikt. Det kan spesielt gjelde dersom det oppstår tidspress. En eventuell interessekonflikt kan være forårsaket av at det er den samme pasienten de behandler, og hver yrkesgruppe har sitt hovedfokus som ikke nødvendigvis er sammenfallende med den andres. De har det felles mål som er å oppfylle pasientens rett til helsehjelp av god kvalitet (Helse og Omsorgsdepartementet 1999b).

#### **5.1.4 Om samarbeid og respekt i det kirurgiske teamet**

Operasjonssykepleiere jobber i et kirurgisk team bestående av operasjonssykepleiere, kirurger, anestesisykepleiere og leger, samt eventuelt andre som deltar ved den enkelte operasjon. Operasjonssykepleiere jobber oftest to og to sammen inne på operasjonsstua, en koordinerende og en sterilt utøvende operasjonssykepleier. Informantene påpeker at det er av

stor betydning at det er et godt samspill mellom disse to, som blant annet består av nonverbal kommunikasjon. I en akutt situasjon er det viktig å kommunisere uten å forstyrre de andre i teamet med unødvendig prat. Fokus skal være på pasienten, og det som skjer rundt, bør foregå uten for mye støy. Uttalelser fra fokusgruppene tyder på at en nyutdannet som er sterilt utøvende, ofte er avhengig av gode råd fra den erfarne koordinerende. Det kan være i akutte situasjoner når det er kontinuerlig behov for kompresser og suturer (tråd med nål), den erfarne kan da passe på slik at den som er sterilt utøvende ikke trenger å be om utstyret. Den sterilt utøvende pakker opp og legger fram det som den andre vil få behov for. Den erfarne kan også peke på utstyret eller signalisere til den nyutdannede hva som er neste trekk i operasjonen, målet er å være i forkant under inngrepet. Det å gjøre andre gode beskrives av en erfaren operasjonssykepleier:

*L: Gjøre andre gode, med samarbeidet, at en ikke er så firkantet at andre får tommeltotter av..., at du hauser opp stemningen. Det er ganske viktig å bevare ro, i alle fall i kritiske situasjoner.*

Det å bevare ro nevnes av flere i ulike sammenhenger. Det kan være spesielt viktig i situasjoner hvor ting skjer fort og det er krav til effektivitet. Det kan tyde på at dersom en person i teamet begynner å stresse opp stemningen, vil det kunne ha en smitteeffekt. Det kan også tyde på at det er lettere å stresse opp en nyutdannet operasjonssykepleier enn en med mye erfaring. Den nyutdannede kan i utgangspunktet oppleve stress på grunn av at hun ikke har den samme erfaringen, hun er mer usikker og bruker dermed lengre tid på å utføre handlingene. Noe som igjen kan føre til ytterligere stress.

Operasjonssykepleierne uttaler at de må være konsentrert og fokusert på det som foregår i feltet, med det mål å være i forkant under inngrepet. Det er viktig å ha kunnskap om det neste trinnet, slik at *inngrepet glir* best mulig. Godt samarbeid og kommunikasjon med kirurgen er dermed viktige faktorer i følge informantene. En nyutdannet viser til en situasjon hvor det var viktig å beholde roen, hun var sterilt utøvende, og det oppsto en uventet blødning:

*U: Legen sa ojsann..., at det går an å si det når det blør så mye. Det var en rolig måte, jeg var nødt til å beholde roen. Ble imponert over roen til legen, det forplantet seg til de andre, ble ikke stresset. Var viktig å roe ned og få alt under kontroll.*

Denne operasjonssykepleieren hadde kort erfaring, men mestret denne situasjonen. Legens reaksjonsmåte førte til at samarbeidet fungerte godt. Dette førte igjen til at operasjonssykepleieren ikke ble stresset og forsinket dermed ikke arbeidet med å stoppe blødningen.

Utfordringer for å utøve god operasjonssykepleiepraksis beskrives av informantene på bakgrunn av ulike vinklinger. Samarbeidsmessige utfordringer beskrives i forhold til andre yrkesgrupper. Opplevelsen av manglende respekt fra andre yrkesgrupper synes å være en felles opplevelse i fokusgruppene. Gjensidig respekt er gunstig når en skal arbeide i team. I alle fokusgruppene har informantene opplevelser som kan tolkes som manglende respekt fra andre. Disse uttalelsene kan tyde på behov for kunnskap om samarbeidspartnere, forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. Denne kunnskapen beskrives som vesentlig for å utnytte tiden og dermed gi optimal behandling til pasienten. Også i denne sammenhengen mangler det data fra de andre yrkesgruppene som kunne nyansert denne problematikken.

Fokusgruppene opplever spesielt manglende respekt fra kirurger og anestesipersonalet.

Følgende utsagn kommer fra en nyutdannet:

*F: Vi skal få gjennom alle pasientene. Ønsker ikke å påføre infeksjon, det å tørre å si fra at vi må gjøre det vi skal. Det er en utfordring nå en er ny, en skal ikke yppe seg. Det er mange sterke personligheter rundt omkring.*

Denne sykepleieren påpeker først hensynet til å få gjennom operasjonsprogrammet, så hensynet til denne pasienten. Hun ønsker ikke å påføre pasienten infeksjon. En nyutdannet bruker ofte litt lengre tid til å klargjøre en pasient, enn en som har lang erfaring. Uttalelsene om at *en skal ikke yppe seg* eller *det er mange sterke personligheter rundt omkring* kan tyde på at det er mange (ulike yrkesgrupper) som har sine spesielle ansvarsområder de ønsker å ivareta. En bedre forståelse for hverandres arbeid kan kanskje bidra til å minske disse konfliktene mellom yrkesgruppene. Uttalelsen kan også forstås slik at det er det å være ny som er utfordringen. Det kan synes som om mangel på erfaring og autoritet er en medvirkende årsak til opplevelsen.

En annen nyutdannet A, sier i samme samtalen: *det kan være en utfordring, det er vanskelig å si fra, en trenger den tiden på kunne gjøre forberedelsen. Må få aksept på at ting tar tid, må gjøre ting i riktig rekkefølge.* I denne samtalen er det samarbeid med anestesisykepleieren som utfordres. Det kan tyde på at noen av de nyutdannede operasjonssykepleierne opplever samarbeidet som vanskelig og at de opplever at de ikke får aksept på å bruke den tiden de har behov for. På den andre siden, kan det dersom det oppstår akutte situasjoner være vanskelig å forstå at, eller hvor mye det haster. Det kan være manglende erfaring som gjør at de ikke oppfatter endringen i situasjonen før den er der. Evne til omstilling, å arbeide raskt og



fokusert vil være viktig. En erfaren kollega kan være en hjelp i denne prosessen for å forstå at det har skjedd en endring som medfører fokusskifte.

Opplevelsen av sterke personligheter på operasjonsstua blir også berørt av noen andre nyutdannede operasjonssykepleiere. I det tilfellet er det operasjonssykepleierne selv som blir betegnet som en sterk gruppe. De sier de er sterke på grunn av at de vil gjøre ting rett i forhold til hygieniske prinsipper og de er ikke så lette å overtale til å ta ting litt lettvent (ikke følge prosedyre). *U: ... (yrkesgruppe) sa at vi ikke er så lette å overkjøre. Det vil jeg ta som en kompliment, selv om det ikke var ment slik...* Dette resulterte i latter i fokusgruppene. Disse to motstridende syn på samarbeid og respekt for hverandre kan tyde på at det kirurgiske teamet består av sterke grupper, som på ulike måter, har pasientens beste som mål.

Et annet område som kan knyttes til teamjobbing er å gi og motta tilbakemelding på det utførte arbeidet. To erfarne sa det slik:

*Q: Vi er for dårlige til å gi tilbakemeldinger til hverandre, kan gi hverandre ganske mye både positivt på det som er gjort, og kan veilede hvis vi gjør feil. Men vi kan få piggene ut, vi er for dårlige til å gi både positiv og negativ kritikk.*

*R: Kritikk det er noe en skal vokse på, det er ikke noe en skal ta til seg negativt, men det er måten en sier ting på. En kan si at nå gjorde det du slik, men du kan også gjøre det slik, du må velge hva som passer for deg. Det er mange veier som fører til Rom, du kan se hvordan jeg gjør det, men du kan velge en måte som du synes er bedre.*

Det kan synes som om operasjonssykepleierne opplever at de er for dårlige til å gi tilbakemeldinger til hverandre. De kan også bli flinkere til å motta tilbakemeldinger uten å gå i forsvar. Også her kan det tyde på at det er personlighetsmedierende ferdigheter som er i fokus. Ved å bruke sin personlighet kan de hjelpe den andre til å se valgmulighetene. Uttalelsene tyder på at det ikke alltid finnes fasitsvar på hvilke handlinger de skal velge, men at de i mange tilfeller har handlingsvalg. Tilbakemeldinger kan bidra til ny tenkning og videreutvikling for den enkelte og for faget.

Å gi god operasjonssykepleie innebærer å bruke kunnskap og erfaringer i følge informantenes tidligere uttalelser. Informantene uttaler også at kunnskap kan brukes i argumentasjon for prioriteringer og handlinger. De erfarne uttaler at de lettere kan gi tilbakemeldinger til de som ikke har så lang erfaring, mens det er vanskeligere å gjøre det samme til de med lang erfaring. De som er nyutdannede beskriver at det kan være vanskelig å si fra når en er ny, de opplever at de ikke alltid blir hørt.

I akutte situasjoner vil det oftest ikke være tid til å gi tilbakemeldinger på det utførte arbeidet. Målet er da å imøtekomme pasientens behov, det kan være å stoppe en blødning eller klargjøre pasienten til en livreddende operasjon. Uttalelser fra informantene tyder på at tilbakemeldinger på utført arbeid kan være en del av en samtale etter hendelsen. I en akutt situasjon er det oftest den erfarne som tar ledelsen av de to operasjonssykepleierne og det er ikke rom for diskusjon der og da. Faste retningslinjer for hvordan en skal utføre handlinger i akutte situasjoner blir påpekt som viktig.

Samarbeid med operatøren ble nevnt i flere sammenhenger i fokusgruppene. Det ble beskrevet som viktig med godt samarbeid, men at det ikke alltid var tilfelle. Et eksempel som kom fram var i forhold til hygieniske prinsipper, operatøren tok ikke alltid hensyn til operasjonssykepleierens anvisninger dersom utstyr ble gjort usterilt. Det kan synes som om operasjonssykepleierne opplever det som manglende respekt for deres kunnskap. Det kan forstås som om det kan være vanskelig å være sterk nok til å stole på sin kunnskap for å få gjort det beste for pasienten.

### **5.1.5 Om automatisering av handlinger**

Informantene beskriver at en god operasjonssykepleier må jobbe systematisk og ha god orden. Operasjonssykepleierne liker å jobbe i et aktivt miljø og de må kunne jobbe under press. De påpeker at det er viktig å være fokusert for å kunne mestre flere ting samtidig. Evne til god konsentrasjon er en viktig ferdighet og de må planlegge inngrepet slik at de klarer å være effektive fra starten til inngrepet er slutt. De påpeker også at planlegging ikke alltid vil være mulig når det blir meldt akutte pasienter. Dette kan tyde på at det er en yrkesrelevant kontroll over de ytre betingelsene som blir påpekt som viktige. Gode rutiner, orden og struktur er et godt grunnlag for mestre utfordringen i en akutt situasjon. I en akutt situasjon vil automatisering av handlingen være uunnværlig. *En del ting går på spinalt nivå* (ryggmargsrefleks), uttaler erfaren L. Det er ikke tid eller rom for å tenke gjennom hver handling, den må komme automatisk. Det kan synes som om de med lang erfaring har automatisert handlingene, mens de nyutdannede trenger mer tid til å utføre de samme handlingene. Dette kan tyde på at det er forskjeller mellom en nyutdannet og en med lang erfaring som fører til at de med lang erfaring mestrer utfordringer i komplekse situasjoner bedre.

Et annet moment i tilknytning til å utnytte tiden er knapphet på tid, noe som oppleves som en utfordring. En av de erfarne informantene beskriver følgende:

*P: Tid er den største utfordringen, tid i sin helhet, ting skal skje raskt, det kan gå fort i svingene, det er den største utfordringen vår.*

Mens to av de nyutdannede beskriver det slik:

*E: Vi som ikke har jobbet så lenge vil at alt skal være i orden, sjekker en gang ekstra, de som har lang erfaring tar det som det kommer.*

*A: Det kan være en utfordring, vanskelig å si fra, spesielt på dagvakt da ting skal gå fort. En trenger den tiden på å gjøre forberedelsen. Aksept på at ting tar tid. Må gjøre ting i riktig rekkefølge.*

Bak disse uttalelsene kan en anta at det ligger en stolthet over å gjøre en god jobb. Pasienten er i fokus. Operasjonssykepleierne må ha evne til å samarbeide med andre yrkesgrupper, det oppleves ikke alltid like lett når fokus for handlingene er ulikt mellom de ulike yrkesgruppene. Informantene poengterer i flere sammenhenger at mangel på tid ofte er en utfordring for å kunne gi faglig forsvarlig operasjonssykepleie. Økonomi er også et punkt som blir trukket inn i diskusjonene. Et konkret eksempel kan være ved valg av og utpakking av sterilt utstyr, de angir at de bør unngå å pakke opp unødvendig utstyr.

### **5.1.6 Om overførbarhet av erfaringer**

Operasjonssykepleiere gjør seg erfaringer gjennom å delta i yrkespraksis, uttalelsene tyder på at de tar til seg lærdom som de bruker videre i praksis. Det synes som om de lærer av egne og andres erfaringer når de revurderer og tenker gjennom hva de gjorde i den konkrete situasjonen. Det tyder på at læring ikke er noen som skjer automatisk, men er noe som skjer som en prosess i dem selv eller i praksisfellesskapet. De beskriver at det tar lang tid å huske alt de skal huske, men de beskriver også at det er godt å kjenne at de klarer å huske litt etter hvert, at de får trygghet. Erfaring fra ulike situasjoner gjør de bedre til å improvisere. En erfaren J, utaler: *...kunne bruke den kunnskapen en har lært i nye situasjoner, selv om en ikke har fått detaljopplæring, en ser av det en kan fra før, at dette skal jeg greie, selv om det er noe nytt.* Ved å inneha kunnskap og bruke den sammen med erfaringer kan de være rustet til å kunne improvisere. Innholdet i utsagnet forutsetter erfaring dersom det skal utføres optimalt. Dersom de skal klare å være på forskudd bør de ha vært bort i liknende situasjoner tidligere.

I akutte situasjoner hvor rask handling kan være livreddende, kan operasjonssykepleier komme i konflikt mellom å utføre handlinger etter prosedyre eller å redde liv. I følge informantene kan det synes som om det å vite når en kan bruke god tid, eller når en må handle raskt, kommer med erfaring. En erfaren M, utalte følgende: *du må kunne improvisere i akutte situasjoner, ikke alltid en kan følge A4 opplegg*. Det kan også være mange grader av hast og det er ikke alltid like enkelt å forstå når det haster eller ikke. En erfaren L, sier om de nyutdannede: *de ser ting med skylapper, sånn og sånn har de lært det og sånn skal de gjøre det*. Det kommer tydelig fram fra de erfarne at det ikke alltid er mulig å gjøre det slik de har lært, de må også kunne improvisere etter kravene i situasjonen. Anestesilege eller operatør vil være den som har ansvar for å avgjøre hastegraden og dermed hvilke forberedelser som skal prioriteres.

Alle gruppene påpeker at det er viktig å dele kunnskap med hverandre. De med lengre erfaring mener de må dele kunnskap med de nye, for at de også skal bli gode. En av de erfarne J, sier om å dele erfaring:

*....evne til å dele med de andre når du har gjort noe lurt eller lært noe nytt, det er grensegang mellom å være belærende og gi til andre. Hvis du gjør det slik så er det smart [.....] ja, kan ikke sitte på kunnskap for å vise hvor god en er, de andre må få ta del i det du har lært.*

Denne informanten ser nytten av å dele sine erfaringer. Mens noen av de nyutdannede påpeker at de opplever at de erfarne ikke alltid er like villig til å dele. Hva som er årsaken til disse ulike tilnærmingene kan være ulike forventninger til hverandre. Dette kan ha sammenheng med at de nyutdannede forventes å ha handlingskompetanse fra de er nyutdannet. De nyutdannede uttaler at de synes det kan være vanskelig å spørre, de er redde for å dumme seg ut. Det kan føre til at nyutdannede ikke vil innrømme dersom de har manglende kunnskaper eller ferdigheter (Bjørk 2006). Noen erfarne uttaler på den annen side at de ikke vil virke belærende på de som er nyutdannet. Uttalelsene kan tyde på at det er områder som ikke er klargjort mellom operasjonssykepleierne. Viljen til å dele erfaringer med andre, synes å være til stede hos alle sammen. Dette er i samsvar med funn som viser at når operasjonssykepleierne er usikre på hvordan de skal løse et problem kan de dele erfaringer, reflektere over hendelser. Dette kan bedre yrkesutøvelsen og sikkerheten til pasienten (Gustafsson, Fagerberg 2004, Silèn – Lipponen et al 2005). Operasjonssykepleierne uttaler at de er for dårlige til å gi tilbakemeldinger til hverandre, både positiv og negativ kritikk. Det er noe med måten ting blir sagt på, målet må være at de må gjøre hverandre

gode. Jeg mener ut fra informantenes uttalelser, at det tyder på utvikling av yrkesidentitet, de har en felles opplevelse av identitet som er avgjørende for å skape et godt praksisfellesskap.

## **5.2 Strukturelle sider i en operasjonsavdeling**

Arbeidet i en operasjonsavdeling er organisert med mest mulig effektivitet som mål. Effektiviteten måles blant annet i hvor mye tid det brukes på hver pasient og hvor mange pasienter det er mulig å operere i løpet av en viss tidsperiode, det betegnes som innsatsstyrt finansiering. Jeg har i denne delen tolket hvordan informantene opplever de strukturelle sidene i en operasjonsavdeling med henblikk på kompetanseutviklingen.

### ***5.2.1 Tilrettelegging for bedre mestring av akutte eller uventede situasjoner***

Operasjonssykepleierne i fokusgruppene vektlegger at det er viktig å ha grunnkunnskaper, de må ha kunnskap å hente fram fra hukommelsen i situasjoner når det ikke er mulighet til å gå til skriftlig materiale. Utvikling av systemer som er logisk oppbygd, samt lette og sette seg inn i er vesentlig for å mestre situasjoner hvor det haster. Operasjonssykepleierne påpeker at de må kunne finne fram det utstyret som trengs på kort tid og det bør helst være klargjort på forhånd slik at de kan bruke tiden på pasienten. Den kunnskapen de trenger for å utvikle gode systemer, finner de i bøker, de går inn på data, (de bruker hjemmesidene til andre sykehus å få tips derfra, eller for eksempel Helsebiblioteket.no) bruker prosedyrer eller de spør kollegaer.

Noe overraskende ble empirisk kunnskap ikke beskrevet som en viktig kilde til ny kunnskap. Vi (moderator og medhjelper) forsøkte i fokusgruppene å etterspørre ulike metoder informantene brukte for å finne ny kunnskap eller ulike kilder til kunnskap, men empirisk kunnskap ble kun så vidt nevnt. Etter at alle fokusgruppene var gjennomført, reflekterte vi over at dette var noe som forundret oss. Vi hadde forventet at empirisk kunnskap var noe som ville bli diskutert i mye større grad. Når det ikke ble slik, kan en årsak være at det er manglende kunnskap om hvordan operasjonssykepleierne kan finne forskning, og hva den kan vise av ny og anvendbar kunnskap. Det kan igjen ha sammenheng med manglende tid og sted å sitte for å finne denne typen kunnskap. Informantene påpekte i fokusgruppene at de gjerne skulle hatt tilgang til arbeidsplass med PC for å ha mulighet til å søke etter aktuell fagkunnskap. Dersom de skal ha mulighet til å finne empirisk kunnskap er tilgjengelig arbeidsplass nødvendig.

Jeg antar at søk etter empirisk kunnskap, er vanskelig å prioritere. Avdelingsledelsen i en travel operasjonsavdeling har krav til å drive effektivt for å få gjennom operasjonsprogrammet. Det kan være en årsak til at dette ikke ble belyst i større grad av informantene. Informantene påpeker at det er drift som er fokus og at det ikke settes av tid til fagutvikling. På direkte spørsmål i en av fokusgruppene ble det ytret ønske om opplæring på å søke etter, samt benytte empirisk kunnskap. Det kan tyde på at det ikke nødvendigvis er viljen som mangler, men at mulighetene til å erverve seg denne typen kunnskap er minimale. Wadel påpeker at ubunden tid er nødvendig for å erverve seg kunnskap, etablere og utvikle læringsforhold, lære i lag og skape en læringskultur (Wadel 2008: 30). Operasjons- sykepleierens tid er stort sett bunden og handlefriheten er innskrenket (Andreassen 1999). Dette kan være en årsak til at informantene ikke framhever bruk av empirisk kunnskap. De kan dermed mangle muligheten til å lære seg å finne og benytte artikler som grunnlag for videreutvikling av praksis. Hommelstad og Ruland (2004) fant at norske sykepleiere hadde for liten tid til å søke etter, samt lese forskningsartikler. De hadde også manglende kunnskap om søk etter artikler og hvordan de kunne bruke resultatene. Dette er i følge Hommelstad og Ruland (2004) samsvar med internasjonale undersøkelser. Språk ble også identifisert som en barriere, dette var spesielt for de skandinaviske landene.

En annen mulig årsak til at empirisk kunnskap ikke benyttes i større grad av operasjons- sykepleierne, kan være at de beskriver det som et praktisk yrke. Flere utsagn i fokusgruppene tyder på at de opplever at det er i praksis de lærer. I utdanningen skal det legges det vekt på at studenten skal lære seg å finne fram til forskning som er relevant for framtidig yrkesutøvelse, kritisk vurdere å anvende denne i egen praksis (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). Det kan synes som om det vanskelig kan prioriteres i en hektisk yrkeshverdag.

Informantene beskriver at de ved behov for endringer i metoder skriver et forslag til endring i en foreløpig metode. Alle kan gi kommentarer og de utvikler metoden videre på bakgrunn av tilbakemeldinger fra kollegaer. De påpeker at det også er viktig med kurs og dager til fagutvikling for å videreutvikle sin basiskunnskap. Det synes spesielt som om det er behov for kurs for å lære seg nytt medisinsk teknisk utstyr, bruk av nye instrumenter og annet utstyr som må mestres i akutte situasjoner.

Medisinsk teknisk utstyr er kontinuerlig i utvikling og endring. Nytt utstyr krever opplæring for å sikre at brukerne mestrer utstyret. Det er krav til opplæring av sikker bruk av elektromedisinsk utstyr. Opplæringen skal være systematisk og dokumentert (Justis- og politidepartementet 2000: § 13). Opplæring i forhold til de lovpålagte kravene synes å være innfridd i forhold til det som kommer fram i fokusgruppene. Opplæring utover det som er lovpålagt, kan synes som noe tilfeldig. Operasjonssykepleierne påpeker at de også må forholde seg til annet nytt utstyr enn det som kommer inn under forskrift for elektromedisinsk utstyr. Eksempler på slikt nytt utstyr kan være instrumenter som benyttes ved kikkhullskirurgi, suturer, utstyr til fiksering av kompliserte brudd og drenasjesystemer.

Operasjonssykepleiere viser til at de kan undervise hverandre, de kan skape diskusjoner som bidrar til bedre forberedthet til akutte situasjoner. Fokusgruppene savner møterom/ grupperom hvor de kan sitte i fred når de har behov for å lese eller diskutere med kollegaer. Dette er momenter som både de erfarne og de nyutdannede trekker fram som viktig. De savner mer formalisert fora hvor de kan utveksle og dra nytte av hverandres erfaringer. En nyutdannet sa det slik:

*B: Det skulle vært mer formalisert, hatt 2 timer, en lærer av å sitte slik som nå (i fokusgruppe), når det nevnes situasjoner. Skulle vært mer fast, kan sitte i grupper. Behovet er der.*

Operasjonssykepleierne viser til behov for tid til å sitte og prate om erfaringer, det kan synes som om det er et generelt savn blant informantene. Som operasjonssykepleiere kan de oppleve situasjoner som de har behov for å bearbeide. Spesielt de nyutdannede kan ha behov for å luften noe. Ved å snakke om opplevelser hvor de kanskje ikke handlet optimalt, kan det bidra til bearbeiding av opplevelsen og erfaringen kan brukes senere i liknende situasjoner. Det kan tyde på at det vil føre til at de er bedre forberedt på hva som kan skje, en utvikling av handlingsberedskap, og derved kunne gi bedre operasjonssykepleie til pasienten.

Et annet moment som trekkes fram i fokusgruppene er at operasjonssykepleierne i de siste årene har deltatt ved traumemottak. De opplever at det gir bedre kunnskap og forståelse for den helhetlige operasjonssykepleien. Ved å delta ved mottak av pasienten og kan det gi bedre mulighet til å være forberedt til et kommende inngrep. En annen gevinst kan være bedre kommunikasjon og forståelse mellom de ulike yrkesgruppene. En erfaren O, framhever som negativt at de ikke får beskjed om hva som venter i mottakelsen: *vet ikke hva som venter,*

*meldingene er dårlige, vet ikke hvilket utstyr som vi trenger, har tralle som vi har med, men kan trenge andre ting enn det du har med.* Det kan tyde på at det er forbedringspotensial i forhold til å bedre meldingsrutinene ved traumemottak. Det å være forberedt så langt det er mulig, er et viktig punkt når operasjonssykepleierne skal inn i akutte situasjoner.

### **5.2.2 Anvende kompetansen hos operasjonssykepleierne**

Det kan synes som om at det er positivt at teamene er satt sammen slik at erfarne og nyutdannede er sammen i team. De nyutdannede opplever det godt og trygt å kunne gå i vakt sammen med erfarne operasjonssykepleiere. Ved situasjoner som krever at ting skal skje raskt, er det lettere for de med erfaring å ta ledelsen og gi beskjeder til den nyutdannede om hva hun skal gjøre. Da er det ikke tid til diskusjon eller vurderinger om hvordan tiltak skal utføres. En erfaren Q, sa følgende om da hun selv var nyutdannet:

*.... var stresset for de første akutte....., sprukket aorta. Satt på nåler. Når jeg begynte å gå vakter gikk det greit, viktig og trygt å gå sammen med noen jeg kunne stole på, som var flink til å veilede og undervise, hadde tillit til, følte jeg ble passet på.*

Informanten poengterer trygghet i situasjonen som viktig, det å oppleve at en erfaren tar ansvaret fra skuldrene. Når den erfarne samtidig arbeider for å heve kompetansen til den nyutdannede synes det å være vesentlig for tryggheten.

Informantene har klare meninger om hvordan arbeidsfordelingen mellom operasjonssykepleierne skal være under akutte inngrep. Det er den minst erfarne som blir plassert i feltet (sterilt utøvende) og den med mest erfaring går løs (koordinerende). Det er den koordinerende som har de største utfordringene når det gjelder å være i forkant og se hva den sterilt utøvende kan få bruk for i feltet. Hennes erfaring bidrar til at inngrepet forløper til det beste for pasienten. Et moment som kan tenkes å ha sammenheng med denne arbeidsfordelingen er samarbeidet med operatøren, den erfarne kan bedre forutse hva som kan skje og dermed ha det korrekte utstyret klart. Kjennskap til den enkelte kirurg blir trukket fram som viktig av flere i fokusgruppene. Den erfarne kjenner kanskje denne operatøren og vet at dersom det skjer så vil han/ hun foretrekke det utstyret, kirurgen slipper å be om utstyret.

Grunnlaget for den individuelle kirurgens ønsker er ikke alltid bunnet i faglige begrunnelser. I utøvelsen av faget som håndverk, er min erfaring som operasjonssykepleier, at det kan det være smak og behag i forhold til hvilke instrumenter kirurgen foretrekker. Det kan være lange eller korte instrumenter, det kan være måten instrumentene blir overlevert på som er



viktig for at kirurgen skal beholde fokuset i operasjonsfeltet. Kirurgen kan være venstrehendt som kan medføre en annen instrumentoverlevering. Dersom operasjonssykepleieren har spesiell kunnskap om den enkelte kirurg, viser det å medføre en positiv innvirkning på samarbeidet i under inngrepet (Leach et al 2009, Riley, Manias 2006a). Sammensetninger av team ser derfor ut til å være viktig, to uerfarne bør ikke være de to eneste operasjonssykepleierne inne på en operasjonsstue under et inngrep hvor det er stor risiko for at en uventet akutt situasjon kan oppstå.

Operasjonsavdelingene i denne studien har ikke seksjonering og det mener fokusgruppene er til hinder for fagutvikling, de beskriver at de ikke lærer noe skikkelig godt. Seksjonering vil si at operasjonssykepleier har spesialisert seg til en avgrenset del av inngrepene (for eksempel ortopedi, gynekologi, mage/tarm) og de får spisset sin kompetanse på et begrenset felt. Ved seksjonering vil operasjonssykepleier kunne ha spesialkompetanse for å imøtekomme ulike behov som kan oppstå ved komplikasjoner. Uavhengig av seksjonering eller ikke, må operasjonssykepleier delta ved alle typer inngrep på vakter. Det innebærer å mestre alle typer inngrep og komplikasjoner som kan oppstå i en operasjonsavdeling. Det kan være et argument mot seksjonering, erfaringer med såkalt vaktarbeid fordrer en generell kompetanse i å mestre alle typer inngrep. Denne kan bli skadelidende ved seksjonering.

### ***5.2.3 Tempo, tid og drift som bestemmende faktorer***

Tid er en faktor som operasjonssykepleiere må forholde seg til uavhengig av situasjon. Ved elektive inngrep vil tidspresset være å få gjennomført hele operasjonsprogrammet. Det er viktig at alle pasientene blir operert slik de er forespeilet. Tidspresset ved akutte situasjoner eller uventede hendelser får et annet fokus, da er pasientens sikkerhet og/ eller det å berge liv i fokus. Uventede hendelser ved elektive inngrep vil forekomme og tidspresset vil da både bli i forhold til denne plutselig oppståtte situasjonen, samt resten av operasjonsprogrammet som kan bli endret eller forskjøvet.

Operasjonssykepleierne savner tid til å lære seg nye instrumenter og nye metoder for klargjøring av pasienten til et inngrep. Det er ofte for knapp tid til å sette seg inn i nytt utstyr, det er heller ikke alltid at de klarer å lære noe nytt selv om det er tid. Det er ikke lett å oppdatere seg, for eksempel om natten. Det kan være ledig tid, men natten oppleves ikke som det rette tidspunkt for å drive med fagutviklingsarbeid. Knappheten på tid er til hinder for fagutvikling, det er konstant tempokrav. Noen erfarne påpeker:

*R: Det største hinder for kompetanseutvikling er tiden, det er travlere nå enn for noen år tilbake. Økonomi har tatt over veldig mye, det er bare produksjon. Hva kan vi spare på, drift...*

*Q: Det er press på å utnytte stuen mest mulig.*

Det de ofte kan oppleve som problem, er at det ikke er tid til å sette seg ned å lese. Det er økonomi og drift som er i fokus, de er for få folk. Dersom de forsøker å få til samtaler hvor utvikling av ideer eller å endre på metoder er målet, er det ikke uvanlig at de ikke får snakket ferdig. Erfaren Q, sier videre: *vi må være forberedt på å ta samtalen, dersom det plutselig blir rolig og plutselig da skulle tenke..... viktig å få tenke tanken ferdig, avslutte samtalen.* De ønsker en plan slik at de vet når de kan sette seg ned for å finne nye løsninger på problemer eller diskutere erfaringer i fred. Det kan synes som om informantene mener ledelsen har et spesielt ansvar for å legge til rette for fagutvikling i en travel yrkeshverdag.

Driften i en operasjonsavdeling organiseres ganske likt over hele verden (Andreassen 1999), og arbeidet foregår som tidligere nevnt i team. Sykepleierne inne på operasjonsstua kan ha ulik spesialisering (Rothrock 2007), men i Norge er det krav til operasjonssykepleie-utdanning. I operasjonsavdelingen er det krav til effektivitet og arbeidet preges av høyt tempo. Det kan stilles spørsmål om krav til effektivitet kan gå ut over kvaliteten på arbeidet. Kvaliteten er blant annet avhengig av kompetansen hos personalet (Andreassen 1999). I denne sammenhengen vil tilrettelegging for fagutvikling antas være et moment som kan heve kvaliteten på helsetjenesten.

Ved akutte situasjoner eller uventede hendelser vil tiden være en avgjørende faktor. En erfaren operasjonssykepleier G uttaler: *Det er ikke alltid tid til å gjøre ting slik du ønsker å gjøre det.* Dersom situasjoner oppstår og det haster med å komme i gang med inngrepet, vil det ikke være tid til å være like nøye som en skal være i følge prosedyrene. En erfaren M, hadde følgende erfaring fra et traumemottak:

*Jeg fikk beskjed om en knust [...], måtte komme ned i mottakelsen med en gang. Trodde ikke det var så ille, men det var virkelig knust. Det var etter en bilulykke. Pasienten hadde veldig vondt, og vi måtte flytte på pasienten, uten bedøvelse. Måtte improvisere for å få det til..... pasienten skulle opereres med en gang. Måtte bare få vasket litt og sterilitet var bare å glemme. Måtte få stanset blødningen. Anestesilegen måtte komme å gi narkose med en gang. Men vi kom i mål.*

Tiden er viktig i denne situasjonen, det er ikke tid til å følge prosedyren, målet er å berge pasientens liv. Pasienten er våken, smertepåvirket og antakelig i sjokk, men denne operasjonssykepleieren synes å være fokusert på hvordan pasientens liv kan berges.

I slike tilfeller er det viktig å kjenne til prioriteringene som må gjøres. Hun prioriterer ikke steriliteten, men fokuset er å få stoppet blødningen. I andre situasjoner kan det ofte være mer uklart i forhold til hva som må prioriteres. Operasjonssykepleieren må ofte samrå seg med kirurg og anestesilege for å vite hva som skal prioriteres. En kan anta at erfaringene til operasjonssykepleier vil være avgjørende for hvor effektiv klargjøringen av pasienten vil bli.

### **5.3 Kulturelle aspekter i en operasjonsavdeling**

I et sosiokulturelt læringsperspektiv er kulturen som operasjonssykepleierne er en del av, vesentlig for hvordan læring foregår og hvordan de utøver yrket. Interaksjon med omverden, i denne sammenhengen operasjonsavdelingen, påvirkes av de kulturelle aktivitetene i praksis. Det er en også en interaksjon mellom de indre og de ytre betingelsene. Jeg vil i det følgende ha fokus på informantenes opplevelse med fokus på kulturelle aspekter.

#### **5.3.1 Holdninger til samarbeid i en operasjonsavdeling**

Samarbeid er en vesentlig del av det arbeidet som utføres på operasjonsstua. I følge operasjonssykepleierens terapeutiske ansvar skal hun/ han samarbeide innen det kirurgiske teamet, for å sikre et faglig forsvarlig pasientforløp (Bäckström et al 2008). De kan dermed ikke velge om de vil samarbeide, det er en del av funksjonen. Jeg var tidligere inne på de yrkesgruppene som operasjonssykepleiere oftest samarbeider med og nevnte da noen utfordringer i denne sammenhengen. En erfaren operasjonssykepleier uttaler:

*R: Vi har mange yrkesgrupper som har et annet fokus på hygiene enn det vi har, spesielt anestesisykepleierne, de har ofte lite forståelse for det med hygiene. De vil ha ting fort unna, pasienten kan våkne før bandasjen er satt på. Viser da liten respekt for hverandre sitt arbeid, det kreves respekt, men vi får liten respekt tilbake.*

Det å vise lite liten respekt kan også settes i sammenheng med liten vilje eller forståelse for samarbeid. Funnene kan også tyde på at det er manglende kunnskap om hverandres ansvarsområder. Informantene nevner ikke om de har respekt for anestesisykepleierens arbeidsoppgaver, det kommer ikke fram i denne studien. Anestesisykepleierens opplevelser kan heller ikke belyses, siden det kun foreligger data fra operasjonssykepleierne.

Når det gjelder situasjoner som oppstår i forbindelse med tidspress i akutte situasjoner eller ved uventede hendelser kan det synes som om det kan oppstå andre utfordringer. Opplevelse av liten respekt oppleves ikke som positivt for operasjonssykepleierne, de kan bli utrygge. Det kan være lettere å arbeide under stress dersom en er trygg, det er også lettere å si sin mening. En erfaren H, forteller om en situasjon fra sin student tid:

*jeg skulle assistere på ... (komplisert inngrep), mye å holde styr på, det begynner å blø.... og lampehåndtak blir usterilt... jeg sa fra til den siste operatøren som kom (beskriver stress) jeg får beskjed om at det var .... dårlig assistanse. Det gjorde at jeg.... Jeg klarte å fullføre inngrepet, men det var ikke godt, ubehagelig var det, forferdelig.*

Noen andre på gruppa gir støttende respons:

*G: det var jo viktig du sa fra, ikke sant..? Hvem som taklet det dårlig.... Operatøren var sikkert stresset og handlet ut fra det, kan komme med utbrudd som en ikke ville gjort i en annen situasjon.*

*H: vi opplever at vi arbeider i team som ikke fungerer godt sammen, andre ganger er det gode team, ting er smidigere, kjemien stemmer, i dette tilfellet var det kanskje et dårlig team.*

*J: dersom dette hadde hendt da jeg var student, hadde jeg taklet det grusomt dårlig, i dag hadde jeg føyet det vekk. Hvor trygg og erfaren du er og om du kjenner de som snakker til deg.*

Det kan synes som om kjeft/ tilsnakk fra kirurger ikke er uvanlig. Dette synes å gjelde spesielt i akutte situasjoner hvor det oppstår stress og press på operatøren, pasientens liv kan være i fare. En av de erfarne operasjonssykepleierne hadde en opplevelse fra en annen akutt situasjon:

*L: hvordan en takler at andre er stresset, hvordan en tar i mot det, det har noe å gjøre med hvor erfaren en er. .. vi hadde en vikar (kirurg) og pasienten ble dårlig og fikk hjertestans på operasjonsbordet. Kirurgen ble stresset, men anestesen fikk pasientens hjerte i gang igjen. Jeg fikk tilsnakk for feil suturer og haker, fikk beskjed om at jeg var ... treg. Jeg sa at jeg ikke hadde kjøpt inn utstyret. Ved lukking av operasjonssåret så manglet det en kompress, jeg ga kirurgen beskjed, men han nektet på at den kunne være inne i pasienten. Jeg sa at han hadde fått beskjed og at det var hans ansvar. Kompressen ble funnet inne i pasienten.*

Operasjonssykepleieren sier videre at denne situasjonen gjorde noe med henne, hun ble rasende over å få kjeft i en situasjon hvor hun ikke hadde skyld i det som hendte. Hun reflekterer videre over hvordan hun ville reagert dersom hun hadde kommet opp i en tilsvarende situasjon nå. Hun mener at hun ikke ville svart kirurgen når hun fikk tilsnakk for

utstyret, men bare vært stille. Det kan tyde på at hennes erfaring tilsier at det ikke kom noe positivt ut av å svare i en slik situasjon.

Reaksjonsmåter kan synes å være preget av stort arbeidspress og stress, dette kan gjelde både for kirurg og operasjonssykepleier. Ved nærmere ettertanke kan dermed operasjonssykepleierens spontane følelsesmessige reaksjon være uheldig og bli revurdert til neste liknende situasjon. På den annen side så kan det synes som sikkerheten til pasienten fortsatt er i fokus. Operasjonssykepleieren sørger for å påpeke kirurgens ansvar for at det ikke blir gjenglemt kompress i sårhulen. Dette er i samsvar med andre uttalelser som viser at sikkerheten til pasienten blir ivaretatt uavhengig av situasjon. Gjenglemt utstyr er fire ganger så vanlig ved uventede endringer den kirurgiske i prosedyre (Gawande et al 2003), noe som viser hvor viktig det er med god kontroll og dialog.

Situasjoner som skaper stress kan gi ulike reaksjonsmåter hos den enkelte, hos denne kirurgen utløste det tilsnakk og kritikk. Dersom det oppstår en akutt situasjon som stiller store krav, kan det oppstå følelser som panikk og håpløshet (Lazarus 2006). Reaksjonsmåtene ved slike krav vil være avhengig av personen som opplever stress. Noen kan reagere med sinne, aggresjon, innbitt fokus, utålmodighet (Skjørshammer 2003), eller bruk av humor og ironi (Chinery 2007). Strategier for å mestre slike utbrudd kan være preget av forståelse for at det kan oppstå i en presset situasjon (Martin et al 2007), noe som er en problemfokuset reaksjon (Lazarus 2006). Dette kan også være en årsak til at operasjonssykepleieren mener at hun ikke burde svart kirurgen. Det kan se ut som om operasjonssykepleierne i noen grad, godtar visse former for utbrudd fra kirurgene. Årsaken til dette kan være at de har kunnskap om hvilke reaksjonsformer stress kan medføre. Aktuelle mestringsstrategier som operasjonssykepleier kan benytte er for eksempel distansering, selvkontroll, planlagt problemløsning, akseptere sitt ansvar (Lazarus 2006). Ved at hun ikke går inn i situasjonen og konfronterer kirurgen med uakseptabel væremåte kan det forstås som en mestringsstrategi. En kan videre vurdere om det er kulturen i operasjonsavdelinger som stilletiende godkjenner denne formen for reaksjon i akutte situasjoner (Martin et al 2007). En annen vurdering er hva dette kan gjøre med de andre i teamet og kvaliteten på arbeidet som utføres. Det er påvist at stress kan føre til årlig konsentrasjon og faren for uheldige hendelser øker (Gawande et al 2003, Kingdon, Halvorsen 2006).

Et moment er også hvordan operasjonssykepleierne mottar kjeft. Det kan synes som om de leter etter feil på sine egne reaksjonsmåter eller hvordan de i ettertiden kan unngå slike ubehagelige situasjoner. Konfrontasjon med kirurgene i etterkant blir ikke diskutert i fokusgruppene. Årsaken til dette kan være at det er et tema som er ubehagelig å ta opp i en større gruppe. De som tok opp slike situasjoner i fokusgruppene, var enige om at det ikke var noen gode opplevelser. Det kan også vurderes om ufint tilsnakk fra kirurger er individuelt problem eller om det er systemet som godtar denne væremåten. En tolkning kan være at systemet godtar dette, uten å karakterisere det som et problem dersom det oppstår i forbindelse med akutte situasjoner (Martin et al 2007).

Slike situasjoner viser noe om hvilke utfordringer operasjonssykepleierne kan komme opp i når det oppstår uventede hendelser under et inngrep. Det kan synes som om de kan oppleve at de blir urettferdig behandlet. Usikkerhet og utrygghet hos operatøren kan tenkes å gi utslag i overføring av dette til de andre i teamet. En forklaring er at sykehus er preget av en patriarkisk struktur, og kjefting er en strategi brukt av menn for å opprettholde denne strukturen (Bruder 2001, i Martin et al 2007). Denne tilnærmingen kan være en for enkel forklaring på problematikken, kjønn trenger nødvendigvis ikke være den utløsende faktor. Men det er fortsatt slik at det er mest menn blant kirurgene og flest kvinner blant operasjonssykepleierne. Det kan være kirurgenes ansvar for pasienten som er en årsak til at de opplever arbeidskrav og stress og dermed bruker mestringsstrategier som kan oppleves ubehagelig for de andre i teamet. En kan også stille spørsmål om kirurgens væremåte viser manglende respekt for andre yrkesgrupper. Det kan tyde på negative holdninger til en yrkesgruppe som er under kirurgene i hierarkiet. Denne tematikken er belyst i empirien og viser til funn i samsvar med informantenes uttalelser. Det kan synes som om kjefting er mer vanlig i akutte eller stressede situasjoner (Cook et al 2001, Skjørshammer 2003, Martin et al 2007). Samtalen mellom operasjonssykepleierne kan tyde på at det er en viss aksept på at kjefting kan forekomme. Det er ikke ønskelig, men situasjonen kjeftingen foregår i kan være en formidlende omstendighet.

Tid er også et moment som blir berørt i de nevnte situasjonene. Det er behov for nok tid til å utføre handlingene med faglig forsvarlighet. Dette gjenspeiler seg i det urettferdige i opplevelsen av å få tilsnakk av kirurger når de ikke er rutinerte på alle inngrepene. Manglende seksjonering blir nevnt i sammenhengen, de får ikke nok trening ved de spesielle inngrepene.

Å være i et team hvor en kan stole på den eller de andre operasjonssykepleierne er viktig. Det kan være et hinder dersom de jobber i et kirurgisk team som ikke fungerer. Det går lettere dersom teamarbeidet går bra, legene kan også vise hvordan ting skal gjøres.

Operasjonssykepleierne påpeker at de må være villige til å lytte til andre, være åpen for andre sine meninger, de poengterer at de må være villige til å forandre sine handlinger. De må også være justerbare og tåle korrigeringer ved å gi tilbakemeldinger til hverandre, både positive og negative. Det kan det føre til videreutvikling. Å ha en kultur hvor de støtter hverandre, synes å være viktig. Det kan tyde på at informantene er endringsvillige og åpne for endringer.

Det er flere situasjoner som kommer fram i fokusgruppene som viser ulike holdninger fra kirurgene. Alle er ikke negative, noen har også opplevelser hvor kirurgen var rolig og taklet en uventet situasjon uten stress og viste godt samarbeid. Individuelle egenskaper kan være en forklaring på hvordan de reagerer. Noen nyutdannede hadde følgende erfaringer:

*T: jeg skulle ha ... inngrep, sjelden jeg er bort i det. Kirurgene kan vise utstyret, de bevarer roen og de går det bra. Klarer å jobbe sammen, godt teamarbeid. Lettere enn dersom de fyker opp.*

*S: så er det de kirurgene som ikke kan sette sammen utstyret. De sier: Jeg tar det jeg får jeg. Så står du der og ortopedene kan ikke utstyret og da oj... ja.*

Den siste uttalelsen tyder å at kirurgenes kunnskap om det tekniske utstyret kan være mangelfull. Informantene påpeker i flere sammenhenger at det er viktig at de kan utstyret, og er oppdatert på det nye. De ønsker å ha kunnskap om koblinger, sammensettingen og bruken av det. Men det er operatøren som har det juridiske ansvaret for at inngrepet blir utført korrekt. Det kan tyde på at kunnskap og ferdigheter som går ut over operasjonssykepleiers ansvarsområde i noen sammenhenger er en del av handlingskompetansen. Dette fant også Tanner (2003) i ekspertsykepleiernes kompetanse, de hadde kunnskap om mer enn det funksjonen skulle tilsi.

### **5.3.2 Tradisjoner i en operasjonsavdeling som innvirker på fagutvikling**

Operasjonssykepleie som fag har lang tradisjon. Det var opprinnelig en funksjon som var underordnet kirurgien. I dag har operasjonssykepleie et selvstendig ansvar for at de arbeidsoppgavene som hun utfører er faglig forsvarlig (Helse og Omsorgsdepartementet 1999a).

Operasjonssykepleierne viser til at tradisjoner er viktige. De påpeker at de har kommet langt, de jobber sammen, mye er positivt, men det er sikkert noe som kunne vært forbedret. De viser til at de ikke alltid er like flinke til å lytte til andre sine erfaringer. Når de hører hvordan andre gjør det, så kan de tenke på hvordan de gjør det selv og eventuelt endre sin egen praksis. Det kan tyde på at de reflekterer over sin egen praksis med det mål å forbedre den. På den annen side så påpeker de erfarne at de nyutdannede er en kjemperessurs som kan brukes mer. De har oppdatert kunnskap og de stiller spørsmål om hvorfor ting gjøres slik, da må de erfarne tenke gjennom og begrunne det.

De med erfaring beskriver at de ikke alltid godtar at de nye skal lære dem noe nytt, da kan de være til hinder for utvikling – *sånn har vi alltid gjort det*. Det kan tyde på at de erfarne føler seg overkjørt når noen helt nyutdannede kommer og skal vise dem hvordan de kan gjøre ting bedre. Det kan også være at de erfarne opplever at de ikke er flinke nok. På den annen side påpeker de erfarne selv at de bør være litt ydmyke, at også andre (de nye) kan ha noen gode ideer som de kan lære noe av. De nyutdannede påpeker at de erfarne ikke alltid vil motta nye ideer. Dersom spørsmål etter begrunnelser besvares med: *sånn gjør vi det her og sånn har vi alltid gjort det*, blir det vanlige i en avdeling, kan det føre til at de involverte operasjonssykepleierne ikke utvikler sin praksis. Det kan likevel tyde på at det ikke er en vanlig uttalelse, men alle fokusgruppene diskuterer denne problematikken. På det grunnlaget antar jeg at det er et tema som alle på et eller annet tidspunkt har vært i befatning med.

De nyutdannede på sin side påpeker at de kunne lært mer av de med lang erfaring, men opplever at ikke alle erfarne vil dele sine erfaringer med dem. De forteller ikke om det de har gjort galt. Det kan synes som om de nyutdannede kunne ha lært av det som andre hadde gjort ”feil”. På den annen side blir det framhevet at operasjonsavdelingen er flink til å dele erfaringer. Nyutdannet E, sier:

*Operasjonsavdelingen er flink til å dele erfaringer, er åpenhet og kan diskutere under rapport, ..konkrete situasjoner som ikke fungerte, kan finne nye måte å løse slike situasjoner, i felleskap finne fram til nye løsninger.*

Det kan tyde på det er tradisjon for at de deler erfaringer og lærer av de. Det fremheves at det kan være fare for feillæring når de deler kunnskap, men de tror ikke det er bevisst. Dårlig kommunikasjon kan hemme fagutvikling når de ikke våger å spørre om begrunnelser, eller ikke våger å spørre om det de er usikre på. Det er entydig i gruppene at de mener det er viktig



å ha en kultur for å støtte og gi tilbakemeldinger til hverandre. Ved å være åpen for å lære av hverandre kan det føre til utvikling av ny kunnskap. Dette beskrives som læring ”på kryss og tvers” (på tvers av kulturer og på tvers av personlig forhold) som er et kjennetegn på en lærende organisasjon (Wadel 2008).

På bakgrunn av informantenes uttalelser kan en stille spørsmål om operasjonsavdelingen som organisasjon, tar denne utfordringen. Kan det være slik at forholdene ikke blir lagt til rette for en lærende organisasjon? Personer kan ha ønske om å endre atferd, men prosedyren eller metoden gir andre beskrivelser på hvordan atferden skal være. Det kan også utvikles en konformitet innad i gruppen, som kan føre til manglende utvikling (Jacobsen, Thorsvik 1997). Det kan se ut som om kulturen til å opprettholde konformiteten i noen sammenhenger er sterk blant operasjonssykepleierne. Noen nyutdannede uttalte om det å våge spørre om begrunnelser for handlinger:

*S: jeg spør om begrunnelser*

*U: da kan du få den beskjedent: det kan du godt si, men sånn har vi pleid å gjøre det, de snakker seg bort fra det. Vi kan også få det spørsmålet selv, da bør du kunne begrunne det. Ikke bare gjøre ting av gammel vane, uten å vite begrunnelse*

*S: det er det mange som gjør, har gjort det i alle år, de har ikke peiling på hvorfor de gjør det.*

Det kan synes som om det ikke er lett å komme med endringsforslag. De skal ha gode begrunnelser for å få gjennomslag, det er dermed viktig å ha kunnskaper for å kunne argumentere for sine handlinger. Uttalelsen om at de ikke vet hvorfor de gjør ting kan bunne i taus kunnskap. De vet at det de gjør er rett, men kan ikke der og da, sette ord på det. Kanskje kan det at noen etterspør begrunnelser, være med på å sette i gang en prosess for å finne begrunnelsen. Erfaringer fra praksis kan brukes som argumenter i slike prosesser, operasjonssykepleie beskrives som et praktisk yrke og en kan dermed anta at ulike erfaringer kan være grunnlag for diskusjon om praksis.

### **5.3.3 Operasjonssykepleiernes beskrivelse av seg selv**

Operasjonssykepleierne beskriver seg selv som en sterk gruppe. Dette kan settes i kontrast til at de opplever manglende respekt fra andre yrkesgrupper. En av de erfarne R, sier: *vi kan bli sett på som biske, som vakthunder.* Hun får støtte av Q: *vi er litt mer biske enn andre kanskje..* I en annen gruppe er begrepet politi brukt.

*G: Kan gå lei av å si fra hele tiden, gjentar ting, maser om ringer, smykker, kan blir lei rett og slett. Kan bli oppfattet som en surpomp, vanskelig å si fra synes jeg, kan bli oppfattet som politi.*

Operasjonssykepleiere har et større fokus på hygiene i utdanningen enn de andre yrkesgruppene (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). Prevalensen av postoperative sårinfeksjoner viser til mange lidelser og store samfunnsøkonomiske konsekvenser og hygiene er dermed et område som ikke kan neglisjeres. Det er mange faktorer som kan være medvirkende årsaker til postoperative sårinfeksjoner. Det er vanskelig å peke på den viktigste årsaken, men det forebyggende arbeidet som utføres inne på operasjonsstua er påvist å ha forebyggende effekt (Mangram et al 1999). Det arbeidet som operasjonssykepleieren gjør for å ivareta hygien er dermed et viktig bidrag.

Operasjonssykepleierne blir drillet i prosedyrer som omhandler hygiene for å mestre prinsippene ved elektive inngrep, men også når det kreves rask handling uten å bruke for lang tid på prosedyren. De må være så sikre i faget at de vet når de kan utføre prosedyren korrekt eller når de må legge prosedyren til side for å redde liv. Ved at de omtaler seg selv som sterke, kan det tyde på at de stoler på sin kunnskap, de vet at de handler ut fra pasientens beste. Et eksempel som en av de erfarne tok fram fra en bilulykke (Kapittel 5.2.3), viste at hun la til side de strenge hygieniske prinsippene for å konsentrere seg om å berge pasientens liv.

Operasjonssykepleiere som har lite erfaring vil gjerne mestre, vise at de kan. Jeg vurderer at de har opparbeidet identitet med operasjonssykepleiere. Det er lettere å innrømme når en har noe erfaring, at ”dette har jeg ikke vært med på”, da blir de erfarne trygg på det du kan. Det kan synes som om det er lettere å si fra etter noen år, når en er trygg, at ”dette kan jeg ikke”. Det kan tyde på at de har opparbeidet seg en basistrygghet som gjør at de kan innrømme huller i kunnskap eller ferdigheter uten å miste verdigheten. De har opparbeidet identitet som operasjonssykepleiere.

Humor blir påpekt som viktig, de må kunne le av situasjoner, ellers hadde de sluttet for lengst. Informantene ler flere ganger i alle gruppene og viser selvironi over egne holdninger og væremåter.

## 5.4 Kontekstuelle og relasjonelle forhold

I en operasjonsavdeling vil uventede hendelser og akutte situasjoner være en del av konteksten. Som helt nyutdannet operasjonssykepleier kan slike situasjoner ofte fortone seg som uoverkommelige og skremmende. Det er høyt tempo og det kirurgiske teamet jobber målrettet, alle har klart definerte ansvarsområder. Operasjonssykepleiere er i utdanningen, forberedt på at slike situasjoner oppstår. For mange kan dette være en grunn til å velge yrket. De vet at akutte situasjoner vil oppstå, det kan gi et spenningsmoment som oppleves som utfordrende. Disse situasjonene medfører utfordringer, det er disse som er utgangspunktet for tolkningen av informantenes opplevelser i det følgende kapittelet.

### 5.4.1 Erfaringer med bakgrunn i deltakelse i operasjonssykepleiepraksis

Operasjonssykepleie er et praktisk yrke, det er noe som alle fokusgruppene kommer inn på. De lærer når de får praktisere, de må få det i hendene, de må få oppleve det som er med faget. De uttaler at de lærer av å delta ved uventede hendelser, tar med erfaringen til neste gang. De husker det og de reflekterer over situasjonen, de kan ta med det til en annen situasjon hvor de kan vente noe liknende. En nyutdannet operasjonssykepleier C, sa om en akutt situasjon (stort traume) hun hadde vært med på, hvor pasienten døde:

*Erfaring med at jeg takler det faktisk, det gikk bedre enn jeg trodde, jeg var ganske nyutdannet, men gjorde ikke noe galt. Jeg mestret det, neste gang blir det sikkert ikke så ille.*

Hun viser her til at hun lærte om egne reaksjoner etter en antakelig kaotisk opplevelse. Det kan være en ny erfaring for en nyutdannet operasjonssykepleier. Hun fikk erfare sine egne reaksjoner som kan oppstå ved stort stress og behandling av sterkt skadet pasient. Hun uttaler at hun mestret det, og neste gang blir det sikkert ikke så ille. Det kan tyde på at opplevelsen sitter i kroppen og hun har gjort en erfaring som vil være en del av henne i det videre yrkeslivet. Det kan sees på som en utvikling av yrkesrelevante ferdigheter.

Hun uttaler også at hun *gjorde ikke noe galt*. Ut fra det utsagnet antar jeg at hun var engstelig for å gjøre noe galt. Hjort (2007) viser til at han ikke bruker begrepet feil, men konsekvent bruker uheldig hendelse. Slik jeg forstår denne forskjellen oppfordrer begrepet feil til å finne syndebukken, mens uheldig hendelse oppfordrer til å finne årsaken i systemet. En kan dermed anta at denne sykepleieren ville tatt det personlig dersom hun hadde gjort noe galt, selv om det høyst sannsynlig ville vært situasjonen som var årsaken.

Fokusgruppene med erfarne operasjonssykepleiere uttaler at de med kort erfaring ikke ser helheten, de kan de enkelte delene, men helheten er ikke like selvfølgelig. En nå erfaren operasjonssykepleier J: sa om seg selv:

*Jeg trodde jeg gjorde det bra som nyutdannet operasjonssykepleier, men så ikke hvor dårlig jeg var da, når jeg var fersk, gjør en mye bedre jobb nå, ser jeg ting ikke så den gangen. Kom alltid i mål, men kunne gjort ting bedre.*

Hun viser her refleksjon over sin egen videreutvikling som operasjonssykepleier.

I akutte situasjoner det viktig med støtte fra erfarne operasjonssykepleiere. Det oppleves trygt å gå sammen med erfarne. De nyutdannede kan stille spørsmål og de kan få tips på hvordan ting kan gjøres. På den andre siden så er det også et ønske fra erfarne at de nyutdannede har nødvendig kunnskap. De føler seg ellers temmelig alene, dersom alt ansvaret skal hvile på dem. Erfaren M uttaler: *En er tross alt to, må være et team, begge må være like våkne.* Dette kan tyde på at kompetansen som den nyutdannede har med seg er viktig, selv om erfaring kan mangle. Det kan ha sammenheng med at operasjonsutdanning har som mål å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere til å gi faglig forsvarlig operasjonssykepleie til pasienter som gjennomgår kirurgiske undersøkelser og/eller inngrep (Utdannings- og forskningsdepartementet 2005). Nyutdannede skal dermed ha kompetanse til å mestre de grunnleggende ferdighetene ved et kirurgisk inngrep.

I forbindelse med utøvelsen av operasjonssykepleieryrket, er stress noe som må mestres. Å takle stress er viktig, de må være fokuserte, det er lettere når en har en del erfaring. Hva som skaper stress er individuelt, samt at det er forskjeller på hvilke erfaringer de har. En kan anta at dersom operasjonssykepleierne har erfaring fra tidligere situasjon hvor de opplevde ubehag i samband med stress, kan det medføre ytterligere stress dersom en liknende situasjon oppstår. Håndtering av situasjonen i etterkant kan være avgjørende for hvordan nye situasjoner mestres (Kingdon, Halvorsen 2006). I materialet fra fokusgruppene kan det synes som det som skaper stress hos en nyutdannet ikke skaper stress hos en med lengre erfaring. De med erfaringer tar ting mer som det kommer, de har bedre forutsetninger for å improvisere og bruke skjønn. Erfaren operasjonssykepleier Q sier det slik:

*Det er vanskelig å improvisere uten erfaring, det følte jeg da jeg var ny. Er blitt tryggere etter hvert, kan gjøre noe annet for å komme ut av situasjonen. Det å være*

*sammen med noen med lang erfaring.. gå etter det en har lært først. Kan gjøre noe annet, kan bruke erfaringer sammen.*

Uventede situasjoner er noe operasjonssykepleiere er forberedt på å møte. Det kan være vanskelig å vite hvordan en reagerer før en har vært opp i en uventet hendelse eller en akutt situasjon. De påpeker at erfaringer kan deles i etterkant, slik at andre kan ta del i erfaringen. De kan få tips og nye ideer fra kollegaer som de lærer av. En av de nyutdannede B, sa det slik:

*Jeg ble innkalt til katastrofealarm en søndag, en venter ikke ..... her. Jeg hadde tenkt på hva jeg skulle gjøre hvis det kom katastrofesectio (keisersnitt) eller sprukket aorta, men ikke dette. Vi ble inndelt i team, men det kom ikke pasienter. Lærte om forløpet, klargjøring. Hvis jeg kommer bort i det igjen, vet jeg hvordan jeg reagerer.*

Det synes som om de lærer mest av å gjøre ting selv, eller sammen med noen som kan vise hvordan det kan gjøres. De lærer av å gjøre, lærer av egne og andre sin erfaring. Jeg forstår dette som om at situert læring er en viktig del av denne læringsprosessen. Det kan tyde på at informantene er åpne for utfordringene de møter i praksis, de må kunne improvisere og for å improvisere må de ha erfaring. De takler dermed uventede situasjoner bedre når de har erfaring og er tryggere. Det kan ha sammenheng med at de ikke bare har kunnskap om hva som kan skje, men de også har bedre kunnskap om sine reaksjoner på stress, sine følelser og mestring av disse (Lazarus 2006). Noen nyutdannede sa dette om å delta i en stresset situasjon:

*A: hvis en må utvide snittet, er det avhengig av kirurgen, hvis han (kirurgen) står og tripper....*

*B: det er en stressfaktor, må ha fokus på plass, må prioritere*

*D: hva kan jeg pakke vekk, hva må jeg åpne, går fra laprascopi (kikkhullsteknikk) til åpen operasjon*

*B: du har et helt team som venter på deg, det er sånn åhhh..*

*A: må greie å gjøre det du skal gjøre, holde struktur og hodet kaldt, det er lettere når en har en del erfaring*

*B: å holde fokus på det du skal gjøre, øke tempo,*

I denne samtalen kommer det fram mange momenter som kan være utfordrende og stressende for en som ikke har så mye erfaring fra liknende situasjoner. Kirurgen står og tripper, en følelse av at alle venter, operasjonssykepleieren må ha kontroll på utstyret og instrumentene, vite hva hun skal bruke videre og hva som kan pakkes bort. Hun må også ha kontroll på antall instrumenter slik at ikke noe blir gjenglemte inne i pasienten. Det er mange faktorer som kan oppleves som stressende. Det er påvist at det er i slike situasjoner at det er stor fare for at det

blir liggende igjen utstyr inne i pasienten (Gawande et al 2003). I denne framstillingen er det tre deltakere, men samtalen flyter lett og de forteller som om det er en felles opplevelse. Det kan tyde på at det er kjente følelser for alle tre, de utfyller hverandre i diskusjonen. De må holde fokus og øke tempo i situasjonen. Hvordan de takler at andre er stresset, hvordan de tar i mot det, det har også noe med hvilke erfaringer de har.

De erfarne sier at de nyutdannede stiller med kompetanse, men de strekker ikke alltid til, for de mangler erfaring, de ser ikke like godt helheten som de erfarne. En erfaren operasjons-sykepleier, G uttalte:

*Alle vanskelige situasjoner hvor en må tenke gjennom det en gjør, er noe en tar med seg videre, det kan føre til kompetanseutvikling for en selv i alle fall, kan også meddele det til andre.*

De snakker videre om at de lærer av erfaring som ellers i livet, bruker utdannelsen og anvender erfaringer i praksis. Det kan føre til andre tankebaner og andre måter å tenke på. Fokusgruppene er enige om at det ikke er noe automatikk i at erfaring nødvendigvis fører til ny læring. Læring skjer først dersom en åpner opp for opplevelsen og lar den gjøre noe med dem. De kan bringe erfaringen videre til andre ved diskusjon, eller de kan reflektere over hendelsen.

#### **5.4.2 Hvordan erfaringen kan brukes i diskusjoner for å fremme faget**

Operasjonssykepleie innebærer å ha et vidt spekter av kunnskap og ferdigheter. Det er beskrevet et etisk grunnlag, vitenreservoar og et handlingsrepertoar som de tre grunndimensjonene i sykepleierens kompetanse. Handlingsrepertoaret innebærer å ha rasjonelle ferdigheter, samhandlingsferdigheter og manuelle ferdigheter. Disse ferdighetene må utøves og utvikles i praksis (Bäckström et al 2008). I den ene fokusgruppen med erfarne ble bruk av hverandres erfaringer diskutert:

*A: Dersom en har opplevd akutte ting, er det blitt tatt opp, diskutert på vaktrommet, hvordan vi kan gjøre ting annerledes, en måte å gi hverandre ny kunnskap. Er en utrygg kan en få vite hvordan en kunne gjort det, ja det er nyttig.*

*F: Vi som personer har forskjellig erfaringsbakgrunn, kan ikke utvikle kompetanse uten å dele erfaringer, må ha diskusjon, en kan ikke lese seg til alt, trenger hjelp av hverandre til å utvikle erfaringsbasert praksis.*

Opplevelser fra praksis er en viktig del av videreutvikling av kompetansen. Det synes som om det i hovedsak er en god kultur for å utveksle erfaringer og spørre dersom en er usikker

på hvordan en kan løse et problem. På den annen side kan diskusjonene i fokusgruppene tyde på at det ikke alltid er like lett å spørre andre, de nyutdannede påpeker at det er lettere å spørre de som er på nivå med dem selv. Det kan se ut som om det ikke alltid like lett å spørre de med lang erfaring. Disse uttalelsene gjelder ikke under akutte situasjoner, men i diskusjoner om hvordan en kan løse problemer enten i forkant eller i etterkant av hendelser. De med lang erfaring beskrives som ufeilbarlige av noen nyutdannede, de erfarne forteller ikke hva de har gjort av dumme ting, men noen gjør det. Dette samsvarer med andre uttalelser, hvor det kan synes som at de ved å innrømme at de har gjort "feil", er med på å utvikle faget. Denne tenkningen kan sees i samsvar med tanken om å forebygge uheldige hendelser ved å lære av systemsvikt istedenfor å lete etter syndebukk (Hjort 2007).

Informantene beskriver at det er lærerikt å dele erfaringer, det skaper et levende miljø. Det er lærerikt å høre på andre, hva de gjorde og hvilket utstyr de brukte, hvorfor de gjorde som de gjorde. En nyutdannet uttaler:

*S: Dersom en opplever det (en akutt situasjon) så tenker en på den neste gang det kan skje. Kanskje jeg skal ha det og det klart dersom en må åpne. Tenker på det forrige og framover. Jeg lære masse av det. Lærer hele dagen. Får nye tips og nye ideer fra kollegaer. Tar med deg en situasjon til en annen situasjon hvor en kan forvente noe liknende.*

Denne operasjonssykepleieren påpeker at det er ikke erfaringen alene, men hva hun gjør med den som er avgjørende for læringen. Ved å diskutere det som kunne vært gjort annerledes med andre, får hun nye ideer og kan bruke det selv senere.

De nyutdannede påpeker at de finner fort ut hvem de kan spørre, de kan ikke spørre alle. Det er ikke alltid at de våger å spørre, de kan føle seg dumme, for dette tror de at de bør kunne. En forståelse av dette kan være at de ikke ønsker å være legitime perifere deltakere, de stiller store krav til seg selv og ønsker å være fullverdige deltakere. De som er erfarne sier på sin side at de kan bli flinkere til å lære av og lytte til de nyutdannede. Læring er en del av mellommenneskelige relasjoner (Wadel 2008) og operasjonssykepleiere arbeider i team. Det kan tyde på at det er potensial for å bedre mulighetene for læring i organisasjonen.

Operasjonssykepleierne kan diskutere med andre og få ny kunnskap på den måten. Ved å få ny kunnskap kan selvtilliten øke, det kan ha betydning for mestring av nye utfordringer.

Dette kan igjen ha innvirkning på operasjonssykepleiernes funksjon i teamet og dermed betydning for pasientbehandlingen.

Når de opplever nye utfordringer hvor de mangler kunnskap og/eller erfaring, kan de spørre andre, om hvordan dette kan gjøres på best mulig måte. De kan diskutere hvordan de utøvde operasjonssykepleie i det tilfellet, og hvordan det kan løses i liknende situasjoner. En nyutdannet A, uttaler: *Kanskje det er en stresset situasjon og jeg skal være med på noe nytt, du spør kanskje om hvordan var det igjen?* Det er ikke prosedyrer for alle inngrep og alle eventualiteter, prosedyrene brukes som basis og de må tilpasses til den enkelte akutte situasjon. Andres erfaring kan være en viktig bidragsyter for å kunne finne en løsning på hvordan de skal løse problemet. De deler også erfaringer på bakgrunn av at det er ulike leger de er i sterilt utøvende funksjon med. En erfaren Q, uttaler om kirurgene: *de vil ha ting på forskjellig måte, vi kan ta det til oss slik at vi vet det, til vi skal assistere, det kan også være andre spesielle ting som vi vet at de vil ha.* Det er ikke alltid tid til å diskutere handlingene, situasjonen krever handling nå! Da vil de grunnleggende kunnskapene og ferdighetene hos en nyutdannet operasjonssykepleier fungere som utgangspunkt for de valg som må gjøres. Kunnskap om den enkelte operatør kan også bidra til en raskere og bedre operasjonssykepleie. Det er også, som tidligere er nevnt, sjelden at en nyutdannet operasjonssykepleier er alene eller ikke har med seg en erfaren operasjonssykepleier. Alle disse momentene vil komme pasienten til gode.

Operasjonssykepleiere kan bruke sine erfaringer og kan diskutere for å utvikle kompetansen. To erfarne operasjonssykepleiere snakker om å lære ved refleksjon og diskusjon:

*G: Andre sine erfaringer setter i gang tankeprosesser, en vil øke kompetansen sin, en begynner å tenke i andre baner. En kan få et stikkord som gjør at en forandrer på egen praksis, legger til en ny måte å jobbe på, bruker det som er verd å ta med seg. En benytter seg av andre sin erfaring og anvender det i egen praksis.*

*J: Det er verdifullt med studenter og nyutdannede i avdelingen, du følger gjerne en prosedyre, så gjør jeg det og sånn har jeg alltid gjort det. Så kommer de og spør hvorfor gjør du det slik? Du må tenke gjennom og begrunne det. Men hvorfor gjør du det ikke slik? Så går det kanskje an. Kanskje du finner ut at det er den beste måten å gjøre det på, men da har du tenkt gjennom. Er det virkelig det beste slik jeg gjør det?*

De som ikke har så lang erfaring beskriver at de kan snakke sammen, noen som kan forstå hvordan de har det. De kan få tips om hvordan ting kan gjøres. Når de deler erfaringene, så lærer alle sammen, ved å ikke dele erfaringer kan de tape mye i forhold til å utvikle kompetanse. De diskuterer det de kunne gjort annerledes og kan dermed gjøre en bedre jobb



neste gang de kommer bort i noe liknende. Oftest oppleves det positivt å dele erfaringer og reflektere, det kommer klart fram i alle fokusgruppene.

### ***5.4.3 Hvordan overholde taushetsplikten?***

Et viktig moment er at alle i det kirurgiske teamet har taushetsplikt. Begge fokusgruppene med erfarne operasjonssykepleiere var engstelige for at de skulle bryte taushetsplikten når de diskuterte hendelser. I følge helsepersonelloven § 23 om begrensninger i taushetsplikten, skal ikke det å diskutere erfaringer med andre i teamet være i strid med loven. Dersom operasjonssykepleierne diskuterer hva som skjedde og hva de eventuelt kunne gjort annerledes med noen som var med på inngrepet eller dersom individualiserende kjennetegn er utelatt, er dette ikke mislighold av taushetsplikten.

Operasjonssykepleierne mener de kan lære av sine egne feil, men det er en glidende overgang til taushetsplikten, det er ikke rett å diskutere med så mange. Et moment som blir diskutert, er at det sikkert er ting som går tapt også hvis de ikke kan diskutere opplevelser. Det blir også tatt opp som positivt at de ikke diskuterer erfaringer, da er det taushetsplikten som er begrunnelsen for at dette ikke blir gjort. Ikke alle er enige i dette, de mener at de ikke bryter taushetsplikten ved å diskutere opplevelser. Et annet moment er at det er bedre at ting blir tatt opp i operasjonsavdelingen enn at det blir snakket om hjemme. De erfarne mener det er spesielt viktig for de nyutdannede at de får muligheten til å snakke om opplevelser. De kan ha behov for å snakke med noen og det er best at det blir tatt opp på jobb. Det er også en læresituasjon, men noen opplever det er vanskelig å vite hvor grensene går i forhold til taushetsplikten.

## **5.5 Indre betingelser og prosesser hos operasjonssykepleiere**

I et sosiokulturelt læringsperspektiv er de individuelle kognitive og emosjonelle prosessene samt den situerte læringsteorien integrert. Deltakerperspektivet er vesentlig for læringen, men læringen foregår også som en del av den enkeltes utvikling. Det ytre betingelsene er klart en viktig del av læringen, men jeg ønsker også å se på hvordan operasjonssykepleierens indre betingelser og prosesser kan innvirke på videreutvikling av handlingskompetansen.

### 5.5.1 *Hvordan kunnskap er basis for operasjonssykepleiepraksis*

Det er viktig å ha ulike typer kunnskap som operasjonssykepleier. Kunnskap er viktig for å opparbeide trygghet, de må kunne argumenter for det de mener er riktig. Tre nyutdannede sa om å stole på seg selv:

*P: kunnskap og trygghet er viktig, kan vise trygghet selv om en ikke har lang erfaring*

*Q: er enig i det*

*R: måtte være rolig og stole på det jeg kunne, ha kunnskap som ny, har gått gjennom en utdanning. De erfarne var rolig selv om det var ting de ikke kunne, var rolig uansett, stolt på seg selv. Må ha tro på seg selv*

*Q: viktig å ha tro på deg selv også når du er ny, kan det en skal, en lærer ting hele livet. Må få tillit som ny.*

Trygghet og tillit er viktige faktorer for å oppleve at de kan mestre utfordringer. Noen erfarne mener at de ser det som er mulig, men de nye ser ikke det som er mulig, de klarer ikke å se helheten i situasjonen. Det er nødvendig med erfaring for å kunne vurdere å improvisere. Kunnskap må ligge til grunn for de handlingene de skal utføre, de må ha prosedyrer slik at de ikke hopper over noe. Dette *noe* kan være kontroll på pasientens leie, hvordan pasienten kan klargjøres til operasjon på best mulig måte og på kortest mulig tid. I disse beskrivelsene synes det som om utvikling av kompetanse har skjedd på bakgrunn av læring fra erfaringer.

Operasjonssykepleierne påpeker at de oppsøker andre for å få ny kunnskap, men dersom de er uenig i svaret så vurderer de om svaret er rett. Dersom de ikke er enig kan de sjekke svaret i bøker eller på nettet.

Informantene påpeker at improvisasjon er viktig, og det er det mye av i operasjonssykepleie. Operasjonssykepleiere må ha grunnkunnskaper som de kan hente fram, det kan være prinsipper som de kan overføre til liknende situasjoner. Et eksempel kan være kunnskap om hygiene for å ivareta pasienten. I akutte situasjoner må de være åpne for det de møter, og må handle ut fra det.

En erfaren operasjonssykepleier J, påpeker at de må stole på sin egen kunnskap, det viktig forhold til eventuell diskusjon med kirurg: *Jeg visste jeg hadde rett, må ofte være tøff og være sikker på det en kan, på pasienten sin vegne.* Denne hendelsen viser til et inngrep med en vikarierende kirurg som ikke var kjent med det ortopediske utstyret. Operasjonssykepleieren

kunne alt om dette og hun sto på sitt. Operasjonssykepleierens kunnskap og erfaringer kan synes som meget viktige for pasientens sikkerhet. Hun innehar en yrkesidentitet som operasjonssykepleier som motiverer og dirigerer handlingene til det beste for pasienten.

De påpeker at de må bruke kunnskapen de har og gjøre det beste ut av det, tenke på hva de har av hjelpemidler og hva de kan få hjelp til dersom situasjonen endrer seg. Det er ikke alltid tid til å finne i alt det utstyret som de kanskje kan få bruk for. Dersom det oppstår en uventet hendelse under et inngrep, må de bruke det som de har tilgjengelig. Det vil da være den koordinerende eller en annen ekstra person som kan få i oppgave å hente eller klargjøre annet utstyr. Det er da viktig med god kompetanse, samt være kjent i avdelingen for å kunne finne utstyret raskt.

### ***5.5.2 Operasjonssykepleiernes krav til egen fagutvikling***

Operasjonssykepleierne vil vite hvorfor de gjør ting, ikke bare for å gjøre det av gammel vane. Det er viktig å stole på sin egen kunnskap, nyutdannet S, sa: *Jeg blir usikker dersom jeg vet noe, bare vet det. Og dersom en erfaren sier det er feil så blir jeg usikker. Kan jeg ha hørt feil eller.... Det er ekkelt.* Trygghet og tillit er også viktige faktorer hos denne operasjonssykepleieren. Uttalelsen tyder på at hun føler at hun settes på prøve av den med lang erfaring og resultatet blir usikkerhet på egen kunnskap. En kan anta at dersom hun får støtte og hensiktsmessige utfordringer vil hennes trygghet styrkes (Clark, Holmes 2006, Gerrish 2000). Dette bør dermed ikke bare være et individuelt ansvar, men også et organisasjonsansvar.

En nyutdannet A, sa om krav til seg selv: *Det største kravet var det jeg satte til meg selv, det var frustrerende, jeg greide ikke å være på forskudd, jeg greide det ikke, det første halvåret var tøft. Det var mine krav, de andre visste jeg var ny og de satte ikke så store krav.*

Det kan synes som om det er lettere å lære noe nytt dersom de er trygge. Det er lettere å gjøre en god jobb når de er trygge på seg selv, uttalelsene tyder på at de kan oppleve at de blir klønete dersom de er usikre. De husker spesielt det som de kunne gjort bedre, tar det med til neste gang. En erfaren L, sier dette om å stille store krav til seg selv: *Jeg takler kritikk fra kirurg dårligere nå enn når jeg var nyutdannet. Kan være ting som jeg mener jeg burde visst. En er sin egen dommer og det har ikke blitt bedre (latter).* Dette kan tyde på at operasjonssykepleiere er stolte av yrket sitt og stiller store krav til seg selv. En erfaren sa dette om arbeidsglede:

*J: dersom alt glir er det veldig motiverende, å kunne ringe ut på gangen, glede å kunne fortelle at vi er før tiden, da har vi brukt tiden, samarbeid med anestesien og brukt smutthullene.*

Dette kan jeg ikke tolke som annet enn yrkesstolthet som operasjonssykepleier.

Det kirurgiske teamet er sammensatt av ulike yrkesgrupper. Alle har sine ansvars – og arbeidsområder. En nyutdannet operasjonssykepleier kan oppleve seg utilstrekkelig i akutte situasjoner. I fokusgruppene påpeker de at det er deilig å føle at de mestrer noe. Men de kan hele tiden bli bedre. Motivasjonen synker litt dersom de ikke får tid til fagutvikling, det kan være til hinder, hvis målet bare er å komme seg gjennom dagen.

Noen nyutdannede snakker om å våge å utvikle seg:

*T: Det er kjekt når en får det til og tør du strekke grensene neste gang, til det som er mer komplisert.*

*S: Må kaste seg litt ut i det hvis det er noe en vegrer seg for.*

*U: Bevisst på å utvikle sitt... må ta det som en utfordring.*

*T: må utvikle seg, deilig følelse etterpå når en mestrer noe*

*U: En kan hele tiden bli bedre, utvikler seg og kvaliteten*

Det er vesentlig å synes det er kjekt, de må interessere seg for faget. Jeg opplevde i fokusgruppene at operasjonssykepleierne hadde yrkesstolthet. De ville gjerne gjøre en god jobb for pasienten. Resultatene kan tyde på at fagutvikling og tilrettelegging for en lærende organisasjon har forbedringspotensial. Åpenhet for å diskutere fag, uheldige hendelser uten benytte syndebukkmodellen kan være faktorer som ansporer til fagutvikling. Et annet moment som kan være vesentlig for å utvikle handlingskompetansen, kan være å oppmuntre til og legge forholdene til rette for å anvende empirisk kunnskap for å utvikle kunnskapsbasert praksis.

## 6 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere noen av funnene fra fokusgruppene opp mot teori og empiri. Hensikten med denne studien var å få innsikt i hvordan operasjonssykepleierne opplever å ha handlingskompetanse i alle situasjoner. Fokus var også hvordan de opplever muligheten til å videreutvikle sin handlingskompetanse. Følgende problemstilling ligger til grunn for studien:

### **Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?**

Ved gjennomgang av resultatene var det to områder som utmerket seg i samband med å videreutvikle handlingskompetansen. Det ene var det som skjedde innad i profesjonen, mellom de ulike aktørene. Det andre området var det som skjedde i det kirurgiske teamet, i det tverrfaglige arbeidet.

Den valgte teoretiske referanserammen i denne studien viser læring ut fra et enfaglig perspektiv. Det var det perspektivet som lå til grunn for problemstillingen. Når jeg gikk gjennom resultatene, så jeg at det tverrfaglige også har stor betydning for kompetanseutviklingen. Kunnskap og empiri om teamarbeid og læring i organisasjoner er derfor trukket inn i diskusjonen.

Når det gjelder forholdene innad i profesjonen kan det synes som om det er to hovedmomenter som kan ha innvikning på læringen. Det ene momentet omhandler formidling av kunnskap og erfaringer fra de erfarne til de nyutdannede. Funnene tyder på at det er elementer i samarbeidet som er til hinder for formidling av kompetanse. Det andre hovedmomentet er om eller i hvilken grad, de nyutdannede kan påvirke den eksisterende kunnskap og praksis i en operasjonsavdeling. Jeg vil på dette grunnlaget diskutere mulige årsaker til hvordan forholdene innad i profesjonen kan påvirke videreutvikling av handlingskompetansen.

Resultatene fra denne studien inneholder utsagn fra mange operasjonssykepleiere som tyder på at relasjonelle forhold i det tverrfaglige teamet påvirker arbeidsmiljøet. Informantene beskriver kirurger som ikke viser respekt for operasjonssykepleierne, verken som individ

eller for den kompetansen de innehar. Forhold som omhandlet kommunikasjon mellom kirurg og operasjonssykepleier ble også i flere sammenhenger omtalt som mindre bra. Arbeidsmiljøet har stor betydning for deltakerne og det kan dermed innvirke på kompetanseutviklingen. Jeg vil igjen poengtere at jeg ikke har data fra kirurgene, og det blir derfor kun den ene partens synspunkter som fremkommer her. For å nyansere funnene viser jeg til foreliggende empiri hvor kirurger er informanter. Disse tverrfaglige områdene blir diskutert i den andre delen av kapittelet.

## **6.1 Samarbeid innad i profesjonen og dets innvirkning på læringsmulighetene**

Operasjonssykepleierne beskriver at det er viktig med et godt samspill mellom de to operasjonssykepleierne på operasjonsstua. Berland et al (2008) fant at en positiv interaksjon mellom kollegaer er viktig for å mestre det hurtige arbeidstempoet. Dette fant Alfredsdottir og Bjørnsdottir (2007) førte til høyere standard på utøvelsen og mer kompetente operasjonssykepleiere. Dersom de arbeider sammen i faste team vil de bli godt kjent med hverandres sterke og mindre sterke sider. Min erfaring er at samarbeidet dermed glir lettere og mye av kommunikasjonen foregår nonverbalt. Noen informanter påpeker at de *kan gjøre hverandre gode* ved å ha et godt samarbeid. Jeg forstår at det å gjøre hverandre gode, kan innebære og skape et godt arbeidsmiljø for læring. Informantene trekker fram at dette gjøres ved å gi tilbakemeldinger til hverandre, dele erfaringer og kunnskap. På den annen side kan skiftninger i team føre til usikkerhet og det kan lettere føre til at det gjøres feil (Silèn – Lipponen et al 2005). Dette er kjennetegn ved læring i et sosiokulturelt perspektiv som har den menneskelige samhandlingen i fokus. Det er konteksten læringen foregår i, som er avgjørende for resultatet for læringen (Dreier 1999). Dersom de mellommenneskelige forholdene er konfliktfylte kan resultatet bli dårlig arbeidsmiljø som ikke bidrar til læring. Det kan være relevant å se på operasjonsavdelingen som en lærende organisasjon. Den har en kultur hvor et mål er å utvikle kompetanse og arbeide sammen for å heve fagnivået, og hvor læringsforholdene er en del av en sosial relasjon (Wadel 2008). Ved å dele erfaringer i organisasjonen kan en gevinst være at det forebygger potensielle feil i framtiden (Silèn – Lipponen et al 2005). Dette er i samsvar med mine funn hvor informantene etterlyser å bli delaktig i det andre har gjort "feil", med det mål å lære av hendelsen. Dermed blir samhandlingen et vesentlig punkt ved videreutvikling av handlingskompetansen.

Det som kommer fram i funnene, er at de relasjonelle forholdene mellom de nyutdannede og erfarne innvirker på læringen. Litteraturen viser til læring som en prosess, en kontinuerlig utveksling mellom indre og ytre betingelser. De indre betingelsene kan være kunnskap, erfaringer, følelsesmessige forhold og opplevelsen av omverdenen. De ytre forholdene kan være kollegaer, artefaktene, organisatoriske strukturer og tilgjengelig ressurser. Det vil derfor være nødvendig med et samspill mellom individet og omverden, det er i dette samspillet at læringen foregår (Nygren 2004). Operasjonssykepleierne i et team er avhengig av hverandre, de fyller en funksjon når en har ansvar for det sterile området og den andre har et koordinerende ansvar. Informantene viser til at de må ha kunnskap om inngrepet, instrumentene og det medisinske tekniske utstyret for at inngrepet skal foregå på best mulig måte for pasienten. Det kommer også fram at de må ha kunnskap om den andre operasjonssykepleieren sitt kompetansenivå. I akutte situasjoner vil denne kunnskapen benyttes for å vurdere hvem som skal være sterilt utøvende og hvem som skal være koordinerende. Empirien viser at samarbeid er viktig for å oppnå gode resultater, det gjelder både for pasientbehandlingen og for arbeidsmiljøet (Leach et al 2009, Healey et al 2006). Andreassen (1999) fant i sin studie at faglig støtte fra kollegaer er en plussfaktor for å styrke evnen til å hankses med krav til effektivitet og produksjon. Samme studie viste at 59 % opplevde at de fikk stor faglig støtte av kollegaer. Siden det er 41 % som ikke opplevde stor faglig støtte kan en anta at de ikke var like godt rustet til å imøtekomme de krav som stilles. Et trygt og åpent arbeidsmiljø betraktes også som vesentlig for kompetanseutviklingen (Levin, Rolfsen 2004).

### ***6.1.1 Faktorer som kan hindre læring fra erfarne til nyutdannede***

En nyutdannet som har ny kunnskap fra utdanningen, har en potensiell handlingskompetanse. Forutsetningen for at denne kan utvikles til kontekstspesifikk handlingskompetanse er deltakelse i praksisfelleskap, i denne konteksten er det operasjonssykepleiepraksis. Hvordan denne utviklingen kan skje i praksis, avhenger av samspillet mellom de indre og ytre betingelsene. Funnene viser at det i noen sammenhenger kan være mangel på åpenhet og manglende respekt for hverandres erfaringer og kunnskap.

Noen nyutdannede hadde opplevd å ikke få forklaring på hvorfor en handling skulle gjøres slik den ble utført, jf kapittel 5.3.2, de stiller seg kritiske til at de ikke får begrunnelser. De reflekterer videre over om årsaken til at de ikke får begrunnelser, er at de erfarne ikke vet hvorfor de gjør det slik. En årsak til at de erfarne ikke begrunner sine handlinger kan være at kunnskapen er taus. De kan kanskje ikke artikulere kunnskapen, den er en del av kroppen,

den er blitt en del av den automatiserte kunnskapen (Polyani 2000). Resultatet kan derfor bli at de ikke kan forklare *hvorfor* de iverksetter akkurat denne handlingen til *denne* pasienten. Tiltakene iverksettes på bakgrunn av skjønn og intuisjon, det kan være en del av det å *se pasienten*. Det faglige skjønn utvikles på bakgrunn av teoretisk viten og erfaringer som gjøres i praksis før skjønn får en dominerende funksjon i yrkesutøvelsen (Dåvøy 2005). Det kan dermed være direkte feil å påstå at de erfarne som ikke kan begrunne handlingene, ikke har kunnskap. En teori for å få tak i kunnskapen, er at ved å diskutere eller reflektere over begrunnelser for handlinger kan den tause kunnskapen endre seg til eksplisitt kunnskap (Wadel 2008). Dette viser også funnene, de erfarne setter pris på at de nyutdannede spør om begrunnelser. Ferdighetene kan være automatiserte og et spørsmål kan sette i gang refleksjon over handlingen. En annen mulig forklaring er at den erfarne ikke kan begrunne sine handlinger fordi hun heller ikke har fått begrunnelse og dermed ikke har kunnskap. Hun kan ha blitt vist hvordan, men ikke forklart hvorfor, hun har tatt skikken der hun kom. Som vist tidligere kan det være et resultat av mesterlære, den kan fremme mekanisk reproduktiv læring (Nielsen, Kvale 1999).

Informantene påpeker at det er viktig å forstå hva som skjer under et inngrep, de må være på forskudd, noe som er lettere når en har erfaring. Dersom de skal forstå hva som skjer, må de vite hva de skal se etter. Polanyi (2000) viser til den tause forforståelsen, en må se etter det som ikke klart viser seg. Informantene bruker begrepet *en må lære å se*, det inneholder mer enn det de ser. Det omhandler også å bruke sin kunnskap til å vurdere situasjonen helhetlig, og se det som ikke umiddelbart viser seg. Thidemann (2005) beskriver at sykepleiere må *handle etter skjema*. Dersom oppgavene er for store eller mange, kan det føre til fokus på enkeltoppgavene og ikke på helheten. Fagutviklingen blir fraværende og frustrasjon kan bli resultatet. Refleksjon over handling kan være et nyttig redskap for å få tak i det som ligger bak handlingen. Et spørsmål kan være en utløsende faktor som tvinger de involverte til å gå inn i situasjonen og finne begrunnelser eller revurdere tiltakene. Tid til å reflektere eller diskutere, mener jeg er en forutsetning for fagutvikling.

I litteraturen omtales utvikling fra novise til ekspert (Benner 1995, Dreyfus, Dreyfus 1999), en liknende utvikling sees også igjen i den situerte læringen. Resultatene viser at de nyutdannede opplever at de deltar i praksisfellesskapet, men det ser ikke ut til at de er fullverdige deltakere. Deltakelse i praksisfellesskapet bør medføre et gjensidig forpliktende engasjement hos deltakerne. Gjensidig forpliktelse bør dermed medføre et ansvar for



hverandre, slik at alle opplever at de er en del av fellesskapet. I følge Lave og Wenger (2003) vil de nyutdannede være legitime perifere deltaker til de har utviklet kompetanse som fullverdige deltakere. Når de nyutdannede opplever at de erfarne ikke alltid er villige til å dele sin kunnskap eller erfaringer, kan de oppleve at de ikke blir tatt på alvor. Læring forutsetter relasjon mellom deltakerne praksisfellesskapet og et av målene er å kunne bidra til forandringer innen praksisfellesskapet (Nielsen et al 2007). Jeg vurderer det som om det ikke er utviklet et gjensidig forpliktende engasjement hos de som ikke deler sin kunnskap med andre. Litteraturen viser at det er viktig å få god oppfølging, faglig veiledning, få tilbakemeldinger på utført arbeid og sosial støtte for å utvikle kompetansen (Valdez 2008, Clark, Holmes 2007). Dersom nyutdannede ikke får oppfølging kan en tenke seg at de utvikler utrygghet som operasjonssykepleiere. Utrygghet kan dermed teoretisk føre til dårligere sikkerhet for pasientene. Dette fant også Alfredsdottir og Bjørnsdottir (2007), utrygghet i situasjoner og høyt arbeidspress fører til dårligere sikkerhet. Trygghet kan bidra til å skape et godt arbeidsmiljø som igjen fører til bedre sikkerhet for pasienten (Leach et al 2009, Elfering et al 2006). Dersom de erfarne operasjonssykepleierne ikke deler kunnskaper og erfaringer med de nyutdannede kan det føre til utrygghet, de nyutdannede blir fokusert på detaljene. De har mindre mulighet til å se helheten i situasjonen. Noe som igjen kan føre til at det tar lengre tid å bli en fullverdig deltaker.

Funnene tyder på at operasjonssykepleierne har fokus på å ikke gjøre feil i sin yrkesutøvelse. Med feil forstår jeg det å gjøre noe som kan få negative konsekvenser for pasientene. Dersom en blir engstelig for å gjøre feil, kan det overskygge mulighetene til å lære noe nytt eller hindre at en deler med andre. Det kan være en engstelse for å lære bort noe som en er usikker på om det er den beste praksisen. Ved å ikke ha åpenhet for det som gjøres feil, eller det som kan gjøres bedre, kan en miste et viktig grunnlag for fagutvikling. Noen nyutdannede etterlyser å høre om de erfarnes feil, eller det som kunne vært gjort bedre. De mener det er læring i å bli delaktig i det som ble gjort galt. Dette er i samsvar med litteraturen som viser at det å ha en åpen kultur og lære av det som ble gjort feil, kan forebygge feil eller uheldige hendelser i framtiden (Hjort 2007). En endring i holdning fra et individuelt ansvar til et systemansvar kan bidra til en mer åpen kultur for å lære av erfaringer (Wadel 2008). Leach et al (2009) påpeker at det er viktig med fokus på interaktiv dynamikk i teamet, samt vise respekt for hverandre. Det kan tyde på at dersom den gjensidige forpliktelsen ikke oppleves som reell kan det føre til dårligere forhold for kompetanseutviklingen. Jeg mener at de

erfarne kan gi verdifulle bidrag til fagutvikling, ved å dele sine erfaringer med de nyutdannede. Bidrag som kan videreutvikle kompetansen i profesjonen.

Mesterlære er blitt benyttet til opplæring i mange praktiske fag. Avhengig av hvor god tid som er til rådighet, kan mesterlære være en metode for å vise eller forklare hvordan en handling skal utføres. I teorien om mesterlære beskrives det at kritikere har hevdet at dens form mangler kritisk refleksjon og det kan oppstå feillæring (Nielsen, Kvale 1999). I akutte situasjoner vil det ikke alltid være rom for refleksjon eller diskusjon om hva som er god praksis. Informantene belyser også denne problematikken, men de tror ikke det skjer bevisst feillæring. Intensjonen med handlingen er til det beste for pasienten. På den annen side mener informantene at læring ikke er noe som skjer automatisk. De må la erfaringen gjøre noe med seg for at det skal resultere i læring. Dette omtales også som refleksjon over handling (Schön 2001). Klokskap kan dermed ikke sees på som noe som utvikles automatisk gjennom erfaring. Læring av egen eller andres praksis kan føre til feillæring og/ eller stagnering av praksis. Mesterlæring kan innebære en mekanisk reproduktiv læring, dersom den lærende ikke får vite hvorfor handlingen bør utføres eksakt på denne måten, mener jeg at det ikke gagnar kompetanseutviklingen. Dersom begrunnelsene mangler kan det også være problematisk når ny lærdom skal bygge på kunnskap som kanskje ikke eksisterer. I operasjonssykepleie kan også læring fra erfaring føre til at feil blir overført fra erfarne til nyutdannede. Et annet resultat kan være at de nyutdannedes praksis blir utført feil uten at det blir korrigert. Et eksempel på dette ble funnet i en studie av Bjørk (2006) hvor manglende utvikling av ferdigheter ble påvist hos sykepleiere. I den studien var en årsak at de nyutdannede ikke fikk tilbakemeldinger og korrigeringer fra erfarne sykepleiere. Jeg mener mesterlære kan være et godt utgangspunkt for refleksjon over praksis og føre til fruktbare innspill i kompetanseutviklingen. Utfordringen kan være mangel på ubunden tid til refleksjon over praksis. De strukturelle sidene i en operasjonsavdeling bør tilrettelegges slik at dette blir ivaretatt, noe som er et ledelsesansvar.

I en stresset situasjon kan det oppstå behov for rettleiding, det kan være en nyutdannet som skal delta ved et inngrep sammen med en erfaren. Den erfarne må bidra med sin kunnskap og erfaring, slik at den nyutdannede kan mestre situasjonen. I slike sammenhenger er den nyutdannede avhengig av at den erfarnes kompetanse. På den annen side kan operasjonssykepleierne stresse opp hverandre ved å ikke vise støttende atferd, dette kan særlig skje når de har forskjellig bakgrunn eller har ulikt nivå i kompetansen (Berland et al 2008). Jeg kan se

dette i sammenheng med at de erfarne ikke deler med de nyutdannede, de blir stresset selv og dermed kan det føre til ytterligere stress istedenfor å være støttende til den nyutdannede. Det er situasjonen som er krevende, og den kan medføre press på den erfarne til å vise ekspertise. En ekspertise som de kanskje ikke alltid opplever at de har, de handler adekvat i situasjonen og kan skjule sin usikkerhet bak effektivitet. Det er ikke alle som oppnår ekspertkompetanse i løpet av yrkeskarrieren (Benner 1995, Tanner 2003). De som ikke oppnår dette nivået kan finne strategier for å skjule sin usikkerhet, noe som kan resultere i manglende vilje til samarbeid med nyutdannede.

Operasjonssykepleierne må kunne improvisere i akutte situasjoner, de må være kreative. Det er ikke alltid mulig å spørre om råd i akutte situasjoner, utfordringen må mestres. Dette viser også Clark, Holmes (2006) og Valdez (2008) at god opplæring og veiledning i praksis er viktig for å oppnå trygghet og utvikle sin kompetanse. En kan vurdere at mesterlære er nødvendig i akutte situasjoner, en nyutdannet eller en uten den konkrete erfaringen som trengs i denne situasjonen, får beskjed om hvilke og hvordan tiltak skal utføres. Det er ikke rom for diskusjon eller begrunnelse, den må eventuelt komme som refleksjon over handling.

Det kommer også fram i materialet at de erfarne forventer at de nyutdannede innehar grunnleggende kunnskap. Det kan også være en årsak til at de ikke deler sin kunnskap med de nyutdannede. Bjørk (2006) fant at sykepleiere manglet grunnleggende kunnskaper i anatomi, fysiologi, sykdomslære og hygiene. Funnene kan også være gyldige for operasjonssykepleiere, det er mye spesialkunnskap som er nødvendig i yrket og basiskunnskap kan dermed bli en "saldningspost" i læringsprosessen. De erfarnes forventninger kan være for høye, de nyutdannede kan ha manglende grunnleggende kunnskaper.

Makt er også et moment som kan tenkes å innvirke på hvordan erfaringer deles innad i profesjonen (Aanderaa 1999). Thidemann (2005) viser til Foucault og hans forståelse av maktbegrepet. Makt blir forklart som noe som manifesterer seg når den blir brukt og viser seg som styrkerelasjon og synliggjøres ved handlinger i forhold til seg selv og andre. Jeg mener at den makten de erfarne viser, kan skape forhold som hemmer fagutviklingen. Noe som kan synliggjøres ved at de erfarne ikke artikulere sin kunnskap og erfaring til de nyutdannede. Dette kan være uavhengig av årsak, men det kan oppleves som maktutøvelse av de nyutdannede. De erfarne opplever at de har ekspertkompetanse og er anerkjent som flinke i yrkesutøvelsen. Dersom de ikke kan artikulere sin kunnskap, kan det tenkes at de ikke

oppretholder denne rollen, det kan oppleves som en trussel. Det er ingen uttalelser i materialet som skal tilsi en slik holdning, men det kan være en mulig årsak. En annen mulig årsak som kom fram i materialet er at de erfarne ikke vil virke belærende på de nyutdannede. De nyutdannede har en utdanning som kvalifiserer til å arbeide i operasjonsavdelinger, dersom de erfarne opptrer som om de nyutdannede ikke kan faget kan det tenkes å ha en negativ innvirkning på relasjonen mellom personene. Når de erfarne ikke deler sin kunnskap og erfaring, kan de nyutdannede gå glipp av viktig kunnskap som bidrar til kompetanseutvikling. På den annen side kan også de erfarne miste muligheten til å reflektere over sine handlinger og dermed videreutvikle sin egen kompetanse (Valdez 2008, Clark, Holmes 2007).

### **6.1.2 Faktorer som kan hindre læring fra de nyutdannede til de erfarne**

De nyutdannede bør være noe ydmyke i forhold til å ønske å endre på etablerte praksiser, dette kommer fram i resultatene. En årsak til dette kan være at de nyutdannede ikke er fullverdige deltakere i praksisfellesskapet, de kan mangle den faglige styrken. Noen erfarne informanter viser til at de nyutdannede ikke ser helheten, de ser bare delene. Dette viser også Clark og Holmes (2006) at de nyutdannede har kunnskaper, men mangler ferdighetene. Når de nyutdannede ønsker å formidle sin kunnskap til de erfarne kan det føre til at de blir møtt med negative holdninger. Litteraturen kan tyde på at de erfarne ikke alltid er lette å korrigere (Eilertsen 2004, Berland et al 2008). Denne problematikken kommer fram i alle fokusgruppene, de nyutdannede kan ikke uten videre endre på etablerte rutiner selv om de kommer med ny kunnskap. Et moment som kan sees i tilknytning dette kan være at de nyutdannede kommer og truer hierarkiet innad i profesjonen. *Sånn gjør vi det her*, var et utsagn som ble brukt som begrunnelse, det kom fram i alle gruppene. Dette samsvarer med funn i Berland et al (2008). En kan anta at stolthet over egen praksis kan være en årsak til at forslag til endringer ikke automatisk faller i god jord. En annen forklaring kan være at det er utviklet en konformitet innad i gruppen av erfarne operasjonssykepleiere, som medfører manglende åpenhet for nye ideer (Jacobsen, Thorsvik 1997). Knapphet på tid kan også tenkes å være et argument mot å vurdere endring av rutiner. En studie viser at 73,9 % betegner arbeidsdagen som hektisk (Andreassen 1999), det kan være til hinder for å endre på rutiner. Alle endringer medfører ett brudd på etablerte eller fastlagte rutiner. Dersom en skal vurdere om andre tiltak er bedre, vil det være nødvendig å gå et skritt bort fra de automatiserte handlingene. En må stoppe opp og reflektere over forslaget, finne kunnskap om emnet og vurdere hvilke tiltak som er til beste for pasienten. Dersom det ikke er tilgjengelig

dokumentasjon på at det ene er bedre enn det andre, kan valg av tiltak bli opp til den enkelte operasjonssykepleier. Noen nyutdannede påpeker at det er viktig å kunne begrunne sine handlinger, en skal ikke gjøre ting bare av gammel vane. En kan se en forskjell i materialet på de nyutdannede og erfarne, de nyutdannede beskrives av de erfarne som flinkere til å finne kunnskaper på nettet. Selv om forskningsbasert kunnskap ikke ble trukket fram i gruppene, kan en anta at de som er nyutdannede har en annen tilnærming til dette enn de med gammel utdanning. Det kan være en årsak til at de etterspør kunnskap, forskningsbasert kunnskap har fått større fokus i de siste årene. De erfarne ser også at de kan lære ved å ta imot spørsmål fra de nyutdannede, de må tenke gjennom og begrunne sine handlinger. En skulle derfor anta at de erfarne innser at de nyutdannede har kunnskap som de selv kan dra nytte av. Det kan skape en dialog mellom de erfarne og nyutdannede og dermed styrke praksisfellesskapet.

Automatisering er i mange tilfeller nødvendig, men det kan også hindre kompetanseutviklingen. Molander (1996) viser til at en ekspert ikke bare må reagere automatisk, refleksjon og vurdering av situasjonen må også inngå i praksisen. Praktikerer bør alltid være i beredskap til å reflektere og være beredt til å endre praksisen. En kan ikke bare følge de oppsatte prosedyrene eller rutinene, handlingsmønstrene kan ikke bestemmes før en er i situasjonen (Schön 2001). I følge Aristoteles (1999) er det viktig ”å vite hvordan”, i akutte situasjoner kan det å handle raskt og effektivt være påkrevd. For ”å vite hvordan” er det viktig å få tilbakemeldinger på den praksis som utføres. En kan anta at dersom ingen tilbakemeldinger blir gitt, er andre fornøyd med det arbeidet som gjøres. En av informantene i studien påpekte at hun aldri hadde mottatt tilbakemeldinger fra kollegaer i løpet av alle årene hun hadde jobbet. Jeg mener det er betenkelig når en ser dette i relasjon til en lærende organisasjon. Manglende tilbakemeldinger på praksis er i sterk kontrast til et sosiokulturelt perspektiv på læring. Det kan føre til stagnasjon og hemme utvikling av praksis dersom dette er vanlig.

Informantene er totalt sett av den oppfatning at det å diskutere erfaringer er positivt for kompetanseutviklingen. Dersom det oppleves trygt å kunne spørre andre, kan det føre til større åpenhet for å diskutere alternative handlingsmåter. Litteraturen beskriver at refleksjon er viktig for å endre på rutiner, eller utvikle nye metoder (Gustafsson, Fagerberg 2004). En kan betrakte manglende åpenhet for nye ideer som en måte å forsvare sine handlinger på. Dersom en erfaren operasjonssykepleier har utført en handling på den samme måten i mange år og det kommer en nyutdannet som stiller spørsmål om det er rett, kan det naturlig nok føre

til negative reaksjoner. En kan vurdere om det er en forsvarsmekanisme for å ivareta sin yrkesidentitet. Dersom noen i en avdeling er meningsbærende eller ikke er villige til å dele, kan det medføre at de nyutdannede slutter å spørre. Det vil ikke være til gode verken for pasientene eller kompetanseutviklingen.

Operasjonssykepleiere som har arbeidet i mange år ved en operasjonsavdeling kan ha kunnskaper som ikke er oppdatert. Det skjer endringer både i prosedyrer for å forebygge infeksjoner og teknikker for å leire pasientene. Endringer skjer for eksempel på bakgrunn av forskningsresultater som blir videreført i nasjonale tiltak (for eksempel fra Folkehelseinstituttet) eller det kan være endringer i leiringsprosedyrer på grunnlag av nye operasjonsteknikker. Operasjonssykepleiere er pålagt å være åpne for endringer i faget (Bäckström et al 2008). Informantene framhever at de mener det er viktig å være åpne for ny kunnskap og kunne dele sine erfaringer. Kulturen i operasjonsavdelingen bør av den grunn være slik at ny kunnskap blir diskutert og integrert i den praksis som utføres ved avdelingen. Jeg mener at et viktig argument vil være hvordan den nye kunnskapen kan bedre pasientsikkerheten.

Refleksjon er en måte å bearbeide hendelser på eller det kan være en god måte å lære noe nytt. Informantene viser også til at de bruker andre sine erfaringer for å tenke gjennom sine egne handlinger. Refleksjon kan også være nyttig i forhold til å få tilbakemeldinger på sine egne handlinger. Når det gjelder videreutvikling av handlingskompetanse er det i følge Tanner (2003) ikke antall år i praksis som er avgjørende for hvor dyktig en har blitt, men det er hvordan operasjonssykepleieren utøver yrket som er avgjørende. Dette viser også litteraturen, det er evnen til å bruke skjønn og intuisjon som viser den utviklede handlingskompetansene (Billary et al 2007, Berland, Natvig 2005). En kan dermed anta at nyutdannede har kunnskaper som de erfarne kan dra nytte av. Ved å være åpne og inkluderende kan de bedre kompetansen i profesjonen.

### ***6.1.3 Yrkesidentitet som motivasjon for å skape fruktbart praksisfellesskap***

I akutte situasjoner eller når det oppstår uventede hendelser er det krav om fokus- og tempoendring. Et spørsmål er da hvordan kompetanse utvikler seg i situasjoner hvor det stilles ekstra krav til hurtige avgjørelser, improvisasjon og kreativitet. På bakgrunn av uttalelsene kan det tyde på at informantene opplever disse endringene både som vanskelige og utfordrende. De nyutdannede opplever dette som vanskeligere enn for de med lengre

erfaring. Litteraturen viser til læring som noe som skjer blant annet på bakgrunn av erfaringer (Molander 1996, Schön 2001). Informantene viser til at erfaringene danner grunnlag for å handle automatisert. Erfaringene bidrar til at de slipper å tenke gjennom hver handling, noe som er et kjennetegn på en fullverdig deltaker. Situasjonen kan kreve automatiserte handlinger, hvor det ikke er mulig å tenke gjennom neste trekk. Automatiseringen kan være det som gjør at en erfaren operasjonssykepleier i en kaotisk situasjon klarer å heve blikket for å se etter det som er det spesielle i denne situasjonen. De nyutdannede fokuserer og prioriterer organisering av situasjonen og de utfører de konkrete oppgavene (Elfering et al 2006). Denne forskjellen er vesentlig i møte med den akutte pasienten. Det blir påpekt i materialet at de nyutdannede ikke ser helheten, handlingene er ikke automatisert. I beskrivelsen av en eksperts yrkesutøvelse er aktiviteten er blitt en naturlig del av utøveren selv, hun handler flytende uten å tenke over det neste tiltaket som skal utføres (Benner 1995). En informant kalte det *på spinalt nivå*. Grunnleggende handlinger bygger for det meste på faste retningslinjer og er basis for alle inngrep. Handlingene til operasjonssykepleieren vil dermed være basert på hvilke erfaringer hun har fra tidligere og hvor mye handlingene er automatisert. Berland et al (2008) fant at de erfarne må vise forståelse for at nyutdannede ikke er like raske og flinke som dem selv. Nyutdannede beskriver selv at de har behov for ekstra tid for å utføre handlinger, de instrumentelle ferdighetene er ikke optimalt utviklet. De har ennå ikke utviklet den handlingsberedskapen som er nødvendig. Det kan vise seg når det oppstår situasjoner som ikke var forventet, og den nyutdannede må revurdere og iverksette relevante handlinger tilpasset den nye situasjonen. Den erfarne kan være mester og bidra til at den nyutdannede kan utføre de tiltak som er påkrevd i situasjonen. Funnene viser at de nyutdannede ikke alltid innser at de ikke er fullverdige deltakere, de mener at de mestrer alle utfordringer. Dette mener jeg kan bli et problem i akutte situasjoner dersom kompetansenivået blir vurdert til å være høyere enn det i realiteten er. Det er viktig at en erfaren kan være tilstede og bidra med sin kompetanse slik at pasientens sikkerhet blir ivaretatt.

Tidspress og kompleksitet i situasjonen kan føre til stress, denne terskelen kan være lavere hos de som er nyutdannet enn de med lang erfaring. I komplekse situasjoner kan dermed stress være en faktor som innvirker på hvordan operasjonssykepleierne mestrer utfordringene. En kan dermed anta at mottakeligheten for læring kan endres når situasjonen blir uoversiktlig og komplisert. Som beskrevet i kapittel 2.7 er kunnskap om egne personlighetstrekk og hvordan de reagerer i pressede situasjoner, en del av handlingskompetansen. Ved å kjenne

seg selv kan de være i stand til å vite hvordan de mestrer press når de må arbeide med høyt tempo og ta raske avgjørelser. Nygren (2004) kaller prosessen dobbelt situerhet. En faktor kan også være å vite hvilke signaler de sender til de andre i teamet. Teammedlemmenes væremåte kan ha smitteeffekt, dersom en i det kirurgiske teamet stresser opp stemningen kan det ha effekt på alle i teamet. På den andre siden kan rolig væremåte også ha en overførende effekt i stressede situasjoner (Leach et al 2009, Berland et al 2008). Dette er også noe informantene framhever, ved å erfare hvordan situasjoner innvirket på dem, kan de være bedre forberedt neste gang de opplever en akutt situasjon. De tar med seg erfaringen og benytter den slik at de kan være forberedt til senere situasjoner.

Det er ikke nødvendigvis slik at den som kan minst som blir mest stresset. Det kan også tenkes at den som er nyutdannet ikke har kunnskap og erfaring nok til å bli stresset. De vet ikke hvilke komplikasjoner som kan oppstå. Informantene beskrev også dette, de trodde de så helheten som nyutdannet. I ettertid så de at det de trodde var god operasjonssykepleie, ikke var det. Det kan tyde på at de har videreutviklet sin handlingskompetanse. En kan tenke seg at det å inneha trygghet også kan være en faktor som innvirker på hvordan operasjonssykepleieren mestrer uforutsette situasjoner, noe som støttes i litteraturen (Silèn – Lipponen et al 2005). Informantene viser også i mange sammenhenger til at tryggheten var viktig for å takle det stresset som kan oppstå i akutte situasjoner. Det var ikke nødvendigvis trygghet ved å kunne alt, men en trygghet på at det går bra likevel. Kunnskap forstås som en forutsetning for å oppleve trygghet, mangler kunnskapen kan også tryggheten være fraværende. Jeg mener dette kan forstås som handlingskompetanse, de er fullverdige deltakere i praksisfellesskapet. De kan imøtekomme de situasjoner som kommer, være i handlingsberedskap og kan gi faglig forsvarlig helsehjelp til pasienten.

Tidspress fører til at det kan være vanskelig å lære noe nytt i en travel hverdag. Det kan være nødvendig å sette av tid til å reflektere over erfaringene. Jeg ser det slik at det kan være nyttig å sortere sine erfaringer. Noen erfaringer kan være bra og kan være nyttig å ta med videre. Dette beskriver Nygren (2004) som en del av handlingsberedskapen som å legitimere eller diskvalifisere handlinger som er utført. En annen måte å se dette på kan være ved refleksjon over handlinger, også der vil en vurdering av resultatet inngå som en del av prosessen. Andre erfaringer kan føre til at tiltak må endres på grunn av de ikke førte til noe positivt resultat. Min erfaring fra operasjonsstua er at slike forsøk på endringer er vanlig. Et eksempel kan være evaluering av en metode for å avdekke operasjonsfeltet. Dersom dekkingen ikke er



optimal, kan den løsne og det kan føre til økt infeksjonsfare. Kreativitet og improvisasjon benyttes da for å finne nye løsninger. Informantene viser også til liknende tanker, de viser til at andre sine erfaringer brukes til å få tips om hvordan ting kan gjøres bedre.

Tilbakemeldinger er nødvendig, samt ha en åpen holdning for å skape et system hvor fagutvikling er en del av kulturen, flytte fokus fra individ til system. Det som skjer i arbeidsmiljøet kan fremme hvordan en oppfatter sin opplevde kompetanse og bidra til å utvikle kompetanse på bakgrunn av erfaringer (Leach et al 2009). Dersom dette ikke oppleves som positivt kan det hemme fagutvikling og en kan miste troen på egen kompetanse.

Operasjonssykepleierne i fokusgruppene legger stor vekt på å ha basiskunnskaper, disse danner grunnlaget for de handlingene som iverksettes på vegne av pasienten. Deres holdninger viser at de har pasienten i sentrum for vurderinger og handlinger som iverksettes. Jeg kobler disse holdningene til det å inneha yrkesidentitet, både kollektiv og individuell yrkesidentitet. Dersom operasjonssykepleierne opplever yrkesutøvelsen som meningsfylt, kan det gi motivasjon til videre utvikling i faget. En felles opplevelse av identitet kan medføre et godt praksisfellesskap. Det påpekes at nøkkelen til kompetanseutvikling er et sterkt fagmiljø med selvstendige og myndige personer som kan anvende og utvikle faget (Andreassen 1999). Noe som også er inkludert i målene for læring i et praksisfellesskap jf kapittel 2.5.1.

Et spørsmål er om det er den enkelte operasjonssykepleier som er ansvarlig for sin egen fagutvikling, eller om det er organisasjonen som skal være lærende. I en lærende organisasjon skal det være åpenhet for at fagutvikling skal skje kontinuerlig. Wadel (2008) beskriver at enhver organisasjon har sin læringskultur, men det er store variasjoner. Dette ble også framhevet i fokusgruppene hvor de mente at lederne hadde et ansvar for å tilrettelegge for at læring skal kunne skje. Det gjaldt ikke bare læring av teori, men også muligheter til å diskutere og reflektere over praksis. Dette understøttes av funn som viser at en av fire opplevde manglende faglig støtte fra sine overordnede (Andreassen 1999). Dersom forholdene skal være gode for kompetanseutvikling, bør ledelsen også komme på banen for å legge til rette for ubunden tid, eller tid til refleksjon og undervisning. I teorien om læring i et sosiokulturelt perspektiv, er læring i praksis som noe som utvikles ved bevisst refleksjon over handlinger. En læringsprosess som er situert i en konkret sosial kontekst har potensial til utvikling av kontekstspesifikk handlingskompetanse dersom praksisfellesskapet ivaretar den nyutdannede. Dette støttes av Wadel (2008) som betegner læring som noe som skal skje

formelt i en organisasjon og det er ledelsen som skal legge til rette for at dette kan skje. Funnene i denne studien viser at det generelt ikke tilrettelegges nok tid for fagutvikling i operasjonsavdelingene, dette er i samsvar med funn i Hommelstad og Ruland (2004). Det bør derfor tilrettelegges slik at operasjonssykepleierne har mulighet til denne typen ubunden aktivitet (Andreassen 1999). Deltakerne i praksisfellesskapet bør ha mulighet og oppmuntres til kompetanseutvikling. I en avdeling hvor produksjon og drift er hovedfokus kan utvikling av kompetanse komme i siste rekke.

## **6.2 Samarbeid i det kirurgiske team og dets innvirkning på operasjonssykepleiernes læringsmuligheter**

Medisinsk teknologi og kirurgiske prosedyrer har hatt stor utvikling, men fokus på utvikling og trening i teamarbeid har ikke hatt det samme fokuset (Healey et al 2006). Teamarbeid beskrives av Silèn – Lipponen et al: “combining team members` complementary and overlapping skills, time and economic resources, and having mutual understanding while taking care of patients undergoing surgery” (2005: 22). Strukturen i et team kan variere fra en hierarkisk struktur til en flat og samarbeidende struktur (Healey et al 2006). Dersom et team skal kunne kalles et team må det bestå over tid (Levin, Rolfsen 2004). Det er ikke vanlig i de kirurgiske team, de er ofte tilfeldig sammensatt. Jeg mener at et team også har mange likheter med beskrivelsen av et praksisfellesskap (Lave, Wenger 2003).

En operasjonsavdeling er fysisk atskilt fra sykehuset for øvrig. Arbeidsforholdene inne på en operasjonsavdeling kan oppleves som spesielle for de som ikke har erfaring fra denne typen avdeling fra før. Jeg har opplevd sykepleiere under spesialutdanning som har reagert på hvor skjermet avdelingen er fra resten av sykehuset. En annet punkt som mange opplever er annerledes inne på en operasjonsavdeling, er hvordan kommunikasjonen foregår. Den kan i mange tilfeller vært kort og handlingsdirigerende. Det kan være tidspress hvor det er viktig at beskjeder når fram og blir oppfattet korrekt. Denne måten å kommunisere på kan i utgangspunktet være uvant for en som ikke er kjent med arbeidsforholdene. På den annen side viser Mitchell og Flin (2008) til at det ofte er en mer uformell samhandling i operasjonsavdelinger enn andre avdelinger. Det er en lukket avdeling, pasienten er i narkose og det kan være rom for en lettere tone. Det er min erfaring at det kan være en lett og spøkefull tone, men dersom situasjonen endrer seg kan det bli korte beskjeder og det er ikke rom for annet enn målrettet kommunikasjon.

### **6.2.1 Operasjonssykepleier og kirurg, et mangesidig samarbeid**

I noen sammenhenger kommer det fram at operasjonssykepleierne opplever at andre yrkesgrupper har liten respekt og forståelse for deres funksjon i teamet. På den annen side så blir operasjonssykepleierne betegnet som sterke på vegne av pasienten. Kirurgene er avhengig av operasjonssykepleierne for å få gjennomført operasjonen. Flere studier viser at samarbeidet i det kirurgiske teamet innvirker på resultatet av inngrepet (Leach et al 2009, Silèn – Lipponen et al 2005, Makary et al 2006). Et godt samarbeid mellom kirurger og operasjonssykepleiere er til gagn for pasientsikkerheten (Alfredsdottir, Bjørnsdottir 2007). Litteraturen tyder også på at det er ulik oppfatning mellom kirurger og operasjonssykepleiere om hva som er godt teamarbeid. Ulikhetene består i at operasjonssykepleierne ønsker at deres innspill skal bli tatt på alvor, mens kirurgene ønsker at operasjonssykepleier skal forutse deres behov og utføre instruksjoner (Makary et al 2006). Det kan dermed tyde på at det er grunnleggende forskjellig syn på hva teamarbeid skal innbefatte. Det antydes også at kommunikasjonsforskjeller kan være resultat av ulike utdanningstradisjoner mellom kirurger og operasjonssykepleiere (Makary et al 2006).

Samarbeidet mellom kirurger og operasjonssykepleiere beskrives som konfliktfylt og emosjonelt, men også utviklende av informantene. Konflikter mellom leger og sykepleiere er identifisert som en viktig stressfaktor (McVicar 2003). I litteraturen er dette samarbeidet omtalt i mange studier, den mellommenneskelige relasjonen mellom disse to yrkesgruppene er tydelig aktuelt tema for diskusjon. Det er interessant å se de ulike nyansene som kommer fram i de ulike studiene. Den foreliggende forskningen om ”verbal abuse” på operasjonsstua, støtter mine funn om at det er et vanlig fenomen (Skjørshammer 2003, Cook et al 2001, Martin et al 2007). Fokus i studiene omhandler årsakene og hvilke innvirkninger dette kan ha på samarbeid og kvaliteten på helsetjenesten. Operasjonssykepleierne i denne studien opplever på den ene siden kirurgene som utålmodige og de kan være ufine i talemåten. På den andre siden er det også situasjoner hvor de omtales som tålmodige og kan forklare nytt eller vanskelig utstyr. I litteraturen kommer det fram at det bør være nulltoleranse for ”verbal abuse” på den ene siden (Cook et al 2001), men at det på den andre siden kan tolereres i spesielle sammenhenger (Skjørshammer 2003, Martin et al 2007). Disse resultatene viser den kompleksiteten som kan forefinnes i dette samarbeidet. Det er til tider stort press på kirurgene som i noen tilfeller kan være en årsak til hvordan de reagerer i situasjonen. Kirurgene kan bruke ”verbal abuse” som en måte og få ut sin frustrasjon (Skjørshammer 2003). Det kan forstås som om kjeftbruken ikke er myntet på operasjonssykepleieren som person, men

situasjonen fordrer en reaksjon fra kirurgen. En annen side er hvordan denne kjeftbruken blir oppfattet av operasjonssykepleieren. Mine resultater viser at operasjonssykepleier opplever ”verbal abuse” som ubehagelig. Når litteraturen viser at det er i akutte situasjoner og ved endringer i den kirurgiske prosedyren det er størst fare for uheldige hendelser, bør det være en god grunn til å arbeide for skape gode arbeidsforhold. En kan tenke seg at dersom det oppstår en akutt situasjon og det oppstår press på å arbeide raskt og effektivt vil det ikke være til pasientens fordel dersom kirurgen blir høyrøstet og lar sitt stress gå ut over operasjonssykepleierne (Silèn – Lipponen et al 2005). Dersom operasjonssykepleieren er nyutdannet kan den negative effekten av kjeftbruk bli større enn dersom operasjonssykepleieren er erfaren. Empirien viser at de med høy selvsikkerhet ikke lar seg påvirke i samme grad av kjeftbruk som hos de som ikke har høy selvsikkerhet (Martin et al 2007). Dette setter jeg i sammenheng med utvikling av trygghet som er vesentlig del av utvikling av handlingskompetanse. En annen studie viser at kirurgen har som mål å skape et godt arbeidsmiljø hvor alle føler seg verdsatt for sin kompetanse (Leach et al 2009). Hvis en kirurg har brukt kjeft, er det ikke en selvfølge å beklage det som skjedde. Det beskrives at kirurgen ikke tar opp slike ting, men fornemmer i etterkant om det er endring i humør eller væremåte hos den andre. Kirurgene ser ikke ut til å ta denne kjeftbruken ille opp, de lærer opp til å akseptere den gjennom utdanning og praksis (Skjørshammer 2003). Det kan tyde på at innvirkning av utdanning og kultur viser seg i hvordan kjeftbruk mestres.

Væremåten hos kirurger kan ut fra operasjonssykepleiernes utsagn i denne studien, tyde på at de bruker sin posisjon i hierarkiet ovenfor operasjonssykepleieren. Et eksempel på dette er historien om kompressen som manglet i kapittel 5.3.1, det var først da operasjonssykepleieren påpekte at kirurgen hadde fått beskjed og at det dermed var hans ansvar at han tok operasjonssykepleierens ord på alvor. Dersom hans holdning hadde vært at alle er likeverdige i et team, ville han muligens ikke reagert på denne måten. Han ville da tatt operasjonssykepleierens ord på alvor og lett etter kompressen umiddelbart. I følge Mc Grath et al (2003 i Berland et al 2008) vil en bedre forståelse for hverandres rolle og funksjon, redusere stress og vil føre til bedre samarbeid mellom operasjonssykepleier og kirurg. Et moment som også kom fram i analysen er at operasjonssykepleierne vil unngå å gjøre noe galt. Det kan være flere årsaker til det, den mest åpenbare er at det går ut over sikkerheten for pasienten. En annen årsak kan være frykt for reaksjoner fra andre i teamet. I kapittel 5.4.1 er det en situasjon hvor en nyutdannet poengterte at hun ikke gjorde noe galt. Konsekvensen av å gjøre noe galt kan oppleves som nedverdiggende og ikke fruktbart for utvikling av egen

yrkesidentitet. Engstelsen for å ikke gjøre noe galt kan dermed overskygge mulighetene til å tilegne seg ny kunnskap.

Informantene trekker fram det å ha god kjennskap til kirurgen som en fordel i sitt arbeid. De framhever spesielt det å vite hvilket utstyr den enkelte foretrekker, men også det å vite hvordan kirurgen oppfører seg i stressede situasjoner beskrives som en fordel. Det gjør at deres arbeid flyter bedre og de gir bedre støtte under det kirurgiske inngrepet. På den annen side kan en også anta at det å kjenne til en kirurgs dårlige sider kan ha negativ effekt på operasjonssykepleierne. De kan bli stresset bare ved å tenke på hva som kan skje, og hvordan kirurgen kan reagere. Jeg har vært bort i situasjoner hvor erfarne operasjonssykepleiere har frarådet nyutdannede å være sterilt utøvende sammen med den aktuelle kirurgen. Det kan tyde på at det finnes kirurger som ikke mestrer nyutdannede i teamet. En kan reflektere over om det er rett at det skal være slik. Hvem er det en beskytter, kirurgen eller operasjonssykepleieren? Eller er det av hensyn til pasientene dette blir gjort? Kvaliteten på arbeidet blir dårligere ved teamarbeid som ikke fungerer. Også i denne sammenhengen synliggjøres styrkeforholdet mellom de ulike aktørene i praksisfellesskapet. Følgene av styrkeforholdene kan være utrygghet og føre til svekket identitet som operasjonssykepleier, noe som kan være til hinder for operasjonssykepleiernes videreutvikling av handlingskompetanse. Dette er i samsvar med studier hvor godt teamarbeid er beskrevet som viktig for resultatet av inngrepet (Riley, Manias 2006a, 2006b).

Informantene opplever også at de skal kunne mye om alt, det blir ikke dybdekunnskap om noe. Det oppleves ikke bra når kirurgene forventer at de skal kunne inngrepet, mens operasjonssykepleierne ikke har vært bort i denne typen inngrep på mange år. Dette er ikke i samsvar med empirien hvor god kunnskap om kirurgen og inngrepene poengteres som viktig for samarbeid og dermed for pasientsikkerheten (Riley, Manias 2006a, 2006b). Jeg trekker den slutningen på bakgrunn av materialet fra fokusgruppene, at det er mange argumenter for seksjonering. Seksjonering innebærer spesialisering som kan føre til økt kunnskap og ferdigheter innen et avgrenset område. Det kan også gi mulighet til å skape bedre arbeidsforhold ved å benytte en teamsammensetning som er konstant over tid. Et argument mot seksjonering kan være at operasjonssykepleierne skal mestre alle typer inngrep når de går vakt. Dersom de får lite trening i akutte situasjoner kan det gå ut over kvaliteten og dermed sikkerheten for pasienten. En totalvurdering av det forliggende materialet viser at det sannsynlig er mange fordeler ved seksjonering og disse vil være til pasientens beste (Leach et

al 2009, Healey et al 2006). Når kirurgene forventer at operasjonssykepleierne skal vite eller forstå hvordan de vil ha det, kan det føre til frustrasjon hos operasjonssykepleierne. De forsøker å unngå konfrontasjoner ved å innpasse seg kirurgens ønsker, slik at pasientens sikkerhet blir ivaretatt (Mitchell, Flin 2008). Ved å benytte en slik mestringsstrategi kan jeg anta at det vil innvirke på deres yrkesidentitet, det kan føre til at den handlingsmotiverende funksjonen kan svekkes.

Utvikling av ferdigheter kan være både i forhold til instrumentelle og personlighetsmedierende ferdigheter. Flere informanter viser til situasjoner som *har gjort noe med dem*, slike erfaringer omhandler den mellommenneskelige relasjonen. De har opplevd ubehag eller tilsnakk som ikke opplevdes som konstruktivt. En kan tenke seg at slike opplevelser kan føre til stress dersom liknende situasjoner oppstår senere. Et annet eksempel kan være en operasjonssykepleier som opplever en stor blødning under inngrepet, det vil sannsynlig føre til en stressreaksjon som bidrar til at fokus mot det som skjer styrkes og tempo skrues opp. Dersom en kommer bort i en liknende situasjon ved en annen anledning, vil denne tidligere erfaringen ligge i kroppen, kanskje som taus kunnskap. Denne formen for kunnskap bygger på en forforståelse av at det er noe som må oppdages (Polanyi 2000). Taus kunnskap og skjønn beskrives som kontekstspesifikk realisert yrkesrelevant kunnskap (Nygren 2004). Årvåkenhet mot liknende situasjoner kan føre til bedre forberedthet og operasjonssykepleieren er klar til å imøtekomme de krav som kan oppstå. På den annen side kan også dårlige erfaringer gi en følelse av og ikke mestre situasjonen og det kan gjenspeile seg i møte med andre liknende situasjoner. Det kan gi en utrygghetsfølelse som kan gjenspeile seg i de handlingene hun utfører (Silèn – Lipponen et al 2005). Det kan føre til en dårlig utvikling av egen handlingskompetanse hvor kunnskap om egne reaksjoner blir en utfordring i møte med nye akutte situasjoner. Et moment som kan bidra til å hindre denne utryggheten kan være at operasjonssykepleieren har en trygg og erfaren kollega med seg. Det kan føre til kontroll over de ytre betingelsene som igjen kan bidra til en positiv innvirkning.

Kirurgens holdninger viser seg i handlingene, noen har holdninger som ikke gjenspeiler respekt for andre yrkesgrupper. Kirurgen er operatør og hele teamet er avhengig av hans/hennes handlingskompetanse. Gjensidig respekt er en forutsetning for et godt samarbeid (Aanderaa 1999). I flere utsagn fra informantene er opplevelsen av manglende respekt fra andre yrkesgrupper et tema. I empirien kan en finne mulige årsaker til dette. Det kan være gamle tradisjoner hvor operasjonssykepleier blir sett på som håndlanger og ikke har en

selvstendig funksjon. Denne vinklingen blir også trukket fram av Berland et al (2008), operasjonssykepleierne opplevde at deres kompetanse ikke ble verdsatt av andre yrkesgrupper. Årsaken til dette ble forklart som at operasjonssykepleierne har en selvstendig funksjon på den ene siden, samt at de har en assistansefunksjon for kirurgen. Kirurgen er på den annen side helt avhengig av operasjonssykepleierens handlingskompetanse for å kunne utføre inngrepet. Riley og Manias (2006a) mener at en god kjennskap til kirurgene kan bidra til å styrke den selvstendige funksjonen hos operasjonssykepleiere. Dette uttaler også informantene, de vektlegger kunnskap om kirurgen som en viktig del av deres kompetanse.

Det kan også se ut til at operasjonssykepleierne selv innordner seg en underordnet rolle i det kirurgiske teamet. Uttalelsene viser at de forsøker å unngå diskusjoner ved å ikke konfrontere kirurgen med effekten av hans/ hennes utsagn. Det kan være en mestringsstrategi ved å unngå ytterligere ubehag. Martin et al (2007) fant i sin studie at operasjonssykepleierne oftere bruker en passiv respons ovenfor kirurgene enn de bruker til kollegaer. En måte å forstå dette på er at operasjonssykepleierne opplever seg underordnet kirurgene. Denne holdningen er ikke til gode verken for arbeidsmiljøet eller pasientene. Empirien viser klart at et godt og trygt arbeidsmiljø er en sikkerhet for pasientene (Leach et al 2009, Silèn – Lipponenen et al 2005). I litteraturen vises det til bruk av ulike hersketeknikker (Aanderaa 1999). Resultatene viser at kirurgenes reaksjoner eller væremåte kan identifiseres som hersketeknikk, formålet med disse kan være å gjenopprette kontroll i situasjonen. Dette oppleves ikke positivt for operasjonssykepleierne, det viser både resultatene fra denne studien og empirien.

### ***6.2.2 Tverrfaglig praksisfellesskap som fundament for kompetanseutvikling.***

Et bra arbeidsmiljø bør tåle den friksjon som kan oppstå i vanskelige situasjoner. Noe som påpekes er at en hierarkisk struktur ikke er en god løsning i uforutsigbare arbeidsmiljø, det er bedre å benytte andre lederskapsformer som skaper fellesskap og respekt for hverandre (Leach et al 2009). Dette kommer også fram i resultatene, informantene viser til at et godt samarbeid fører til at de mestrer utfordringer bedre. Kirurgen er også avhengig av operasjonssykepleierne, samspillet mellom disse er viktig for å kunne koordinere inngrepet effektivt. Det kan også oppstå situasjoner hvor kirurgen må la operasjonssykepleier være den som overtar styringen av fremdriften til alt er under kontroll (Healey et al 2006).

En kan tenke seg at ved å dokumentere hendelsesforløpet under et inngrep kan en forebygge mange forhold som ikke er positive for samarbeid. I flyfarten brukes lydopptak som

dokumentasjon for å klargjøre hendelsesforløpet og for å lære av hendelsen. Formålet er ikke å finne syndebukken, men å finne systemfeil. Det er kanskje drastisk å foreslå slike tiltak i en operasjonsavdeling, men det hadde vært interessant og sett om det hadde hatt noen effekt på hvordan kommunikasjonen i det kirurgiske teamet forgår. Det er vist at dårlig kommunikasjon forårsaker mange uheldige hendelser inne på ei operasjonsstue. En studie viser til positive resultater ved å benytte briefing og debriefing i det kirurgiske teamet (Makary et al 2006). Informantene etterlyser også mulighet til å ta opp situasjoner og diskutere hendelser med kirurgene for å lære av hendelsene.

Kjennetegn på teamarbeid er blant annet at alle deltakerne er like viktige. Dårlig teamarbeid kan sammenliknes med et puslespill hvor en brikke mangler. Det kan da føre til at helheten mangler. I teamarbeid vil alles kunnskaper og ferdigheter være nødvendig for å yte god helsehjelp til pasienten. Dersom det ikke er forståelse for det i teamet, kan det føre til en forskyvning i ballansen. Resultatet kan være utøvelse av makt som ikke medfører noe konstruktivt. Bruk av makt er beskrevet når det oppstår konflikter i team (Levin, Rolfsen 2004). Styrkerelasjonene kan framkalle makttilstander som ikke fremmer teamarbeid.

I flyfarten er teamarbeid inndelt etter en klar hierarkisk struktur. I en operasjonsavdeling er ikke inndelingen like hierarkisk, der er inndelingen slik at de ulike yrkesgruppene har ulike ansvarsområder. De arbeider alle med det mål å utøve god helsehjelp til pasienten. En kan derfor sette spørsmålstegn ved hvorfor kirurgene i mange tilfeller har en væremåte som ikke viser respekt for andre i teamet. Jeg ser ulike årsaker til dette; individuelle og strukturelle faktorer. Dersom det er personligheten til kirurgene som avgjør hvordan de opptrer, kan det tyde på at denne spesialiteten "tiltrekker" seg spesielle personer. En annen mer sannsynlig årsak kan være at systemet godtar eller dyrker fram denne væremåten. Med å dyrke fram, tenker jeg på kulturen som læringsarena. De etablerte kirurgene bidrar til å videreføre gamle tradisjoner til de som kommer nye inn i organisasjonen. En åpen holdning til å reflektere over hendelser kan føre til bedre teamarbeid og dermed økt sikkerhet for pasientene.

Kirurgen har det medisinske ansvaret for inngrepet, men operasjonssykepleieren har et selvstendig ansvar for den operasjonssykepleien de utfører. Det påpekes av Silèn – Lipponen et al (2005) at ved å ha et delt ansvar i teamet reduseres risikoen for feil og det gir bedre arbeidsforhold. De viser også til at operasjonssykepleierne må ha mot til å gjøre det rette, de må vise at de har en selvstendig funksjon og være nøye med å dokumentere uheldige



hendelser (Silèn – Lipponen et al 2005). Jeg mener at operasjonssykepleierne ved å inneha en holdning og gjennom sine handlinger viser at de har handlingskompetanse. Dersom de også er villige til å videreutvikle denne, kan det føre til læring på tvers av kulturer og personlig forhold. Dette er et kjennetegn på en lærende organisasjon (Wadel 2008).



## 7 Avslutning

Denne studien har følgende problemstilling: Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua? Ved å gjennomføre fokusgrupper med operasjonssykepleiere med ulik lengde på sin yrkeserfaring, har jeg fått kunnskap om hvordan de opplever sin praksis i møte med operasjonspasienten. Ved å fokusere på uventede hendelser eller akutte situasjoner fikk jeg innblikk i deres møte med det uventede og hvordan de mestret og deretter håndterte erfaringene. Deres handlingskompetanse var grunnlaget for min tilnærming til deres praksis.

Det som peker seg ut fra materialet er operasjonssykepleiernes stolthet til å gjøre en god jobb for pasientene. Jeg opplevde at de hadde fokus på pasientens sikkerhet i alt det de utførte. I forholdt til videreutvikling av handlingskompetanse fant jeg at erfaringer fra deres praksis synes å være det som i størst grad påvirker deres fagutvikling. De savnet ubunden tid til å lære av hverandre, reflektere og diskutere situasjoner og faget. Rammefaktorene var et hinder på grunn av manglende sted å sitte avskjermet for å lese litteratur og mangel på dataplass for å kunne søke samt benytte nettbasert kunnskap. Noe overraskende var manglende fokus på forskning som en ressurs for å finne kunnskap. Funnene kan tyde på manglende kunnskap hos informantene om hvordan finne og benytte forskningsbasert kunnskap i praksis.

Et annet moment som kom fram i alle gruppene var utfordringer vedrørende kulturelle og relasjonelle faktorer. Samarbeid og teamarbeid påvirket deres kompetanseutvikling, både innad i profesjonen og i det tverrfaglige teamet. Dette gjaldt både i positiv og negativ retning. Det var spesielt i de akutte eller uventede situasjonene hvor de opplevde at de fikk utfordringer i mellommenneskelige relasjoner i det kirurgiske team som gjorde at det til tider kunne være vanskelig å være profesjonell. Det kom også fram at operasjonssykepleierne har et forbedringspotensial ved å være mer bevisst på å kunne begrunne sine handlinger og dele erfaringer og kunnskap. Det var spesielt nyutdannede som etterlyste en mer åpen kultur i praksisfellesskapet.

I forhold til pasientsikkerheten er en åpen kultur viktig for å lære av erfaringene. Når studier viser at ca halvparten av alle uheldige hendelser kan forebygges, vil det være et stort potensial hvor operasjonssykepleiernes videreutvikling av handlingskompetanse er en faktor som kan innvirke positivt på pasientsikkerheten.

## **7.1 Tanker om videre forskning**

Prosessen med å skrive masteroppgave har vært utfordrende og spennende. Jeg opplevde møtet med fokusgruppene som givende på grunn av at jeg fikk muligheten til å oppleve det faget jeg mener jeg kjenner godt, fra en annen side enn det jeg gjør til vanlig. Noen områder fikk jeg bekreftet og andre områder framsto som annerledes enn det jeg hadde med i min forforståelse. Forholdene innad i profesjonen inneholdt mange av de momentene som jeg selv har erfart fra praksis. Det tverrfaglige samarbeidet ser ut til å ha større innvirkning på operasjonssykepleiernes kompetanseutvikling enn det jeg hadde forventet. Likeledes var funnene om manglende fokus på bruk av forskning noe overraskende.

Et forhold jeg mener det hadde vært spennende å gå videre med, er det som kom fram om samarbeid med kirurger. I denne studien har jeg bare data fra operasjonssykepleiere, det kan tenkes det hadde kommet fram andre vinklinger dersom kirurgene også hadde vært inkludert. Med bakgrunn i den foreliggende empirien, kan det se ut til at det er kompliserte mekanismer som er årsak til problemene som er beskrevet. Det hadde derfor vært interessant å studere denne problematikken videre. En studie med opptak fra kommunikasjon under inngrep, med påfølgende intervju av de medvirkende, kunne gitt kunnskap om de mekanismer som pågår under pressede situasjoner.

Et annet område jeg opplevde det var lite fokus på i fokusgruppene, var hvordan de tilegnet seg kunnskap fra forskning og hvordan den kan benyttes til å utvikle praksis. Det synes som om mangel på tid og manglende fokus fra ledelsen, er hindringer for å utvikle denne typen kunnskap. I dagens samfunn, med krav til kunnskapsbasert praksis vil jeg anta at dette ikke er å komme utenom. Det hadde derfor vært interessant å studere hvordan operasjonsavdelingene kan utvikles til lærende organisasjoner også i forhold til tilegnelse og bruk av empirisk kunnskap.

## 8 Litteraturliste

- Aadland, E. (1997) "Og eg ser på deg..." *Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Otta: Tano Aschehoug.
- Aanderaa, I. (1999) *Relasjoner i teamarbeid. Et psykodynamisk perspektiv*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Alfredsdottir, H. og Bjørnsdottir K. (2007) Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (1), 29 – 37.
- Alvesson, M. og K. Sköldbberg (2008) *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Andreassen, R. (1999) *Effektiv nok?* Publikasjonsserie 19/1999. Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap.
- Aristoteles og Stigen, A. (1999) *Etikk: et hovedverk i Aristoteles' filosofi, også kalt "Den nikomakiske etikk"* Oslo: Gyldendal.
- Bäckström, G. og Øgrey, T. H., Eilertsen Loraas, L-M. (2008) *Utdyping av operasjonssykepleiers myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse*. Oslo: NSFs Landsgruppe av Operasjonssykepleiere.
- Benner, P. (1995) *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: Tano i samarbeid med Munksgaard.
- Berland, A. og Natvig, G. K. (2005) Ivaretagelse av pasientsikkerhet. *Vård i Norden*, 25 (3), 33 – 38.
- Berland, A. Natvig, G. K. og Gundersen D. (2008) Patient safety and job – related stress. A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 90 – 97.
- Billay, D., Myrick, F., Luhanga, F. og Yonge O. (2007) A pragmatic view of intuitive knowledge in nursing practice. *Nursing Forum*, 3, 147 – 155.
- Bjørk, I. T. (2006) Nyutdannede sykepleieres manglende praktiske sykepleieferdigheter. *Klinisk sygepleje*, 20 (4), 23-30.
- Bond, S. og Cooper S. (2006) Modelling emergency decisions: recognition – primed decision making. The literature in relation to an ophthalmic critical incident. *Journal of Clinical nursing*, 15, 1023 – 1032.
- Catalano, K. (2008) Knowledge is Power: Averting Safety – Compromising Even in the OR. *AORN Journal*, 88 (6), 987 – 995.
- Chinery, W. (2007) Alleviating stress with humor: a literature review. *Journal of Perioperative Practice*, 17 (4), 172 – 182.

- Clark, T og Holmes, S. (2007) Fit for practice? An exploration of the development of newly qualified nurses using focus groups. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1210- 1220.
- Cook, J., Green, M. og Topp, R. (2001) Exploring the Impact of Physician Verbal Abuse on Perioperative Nurses. *AORN Journal*, 74 (3), 317 – 331.
- Domino, E. (2005) Nurses are what nurses do - Are you where you want to be? *AORN Journal*, 81 (1), 187 - 201.
- Dreier, O. (1999) Læring som ændring af personlig deltagelse i sosiale kontekster. I: S. Kvale (Red). *Mesterlære Læring som sosial praksis*. (76 - 99). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dreyfus, H. og Dreyfus, S. (1999) Mesterlære og eksperterers læring. I: S. Kvale (Red). *Mesterlære Læring som sosial praksis*. (54 - 75). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dåvøy, G. (2005) *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen*. Masteroppgave i pedagogikk. Universitetet i Bergen. Det psykologiske fakultet. Institutt for utdanning og helse.
- Eilertsen, L-M. (2004) Klinisk kompetanse- et sentralt anliggende i sykepleieutøvelsen. *Overblikk*, 23 (2), 19 - 24.
- Elfering, A., Semmer, N. K. og Grebner S. (2006) Work stress and patient safety: Observer – rated work stressors as predictors of characteristics of safety – related events reported by young nurses. *Ergonomics*, 49 (5-6), 457 – 469.
- Fagermoen, M. S. (1993) *Sykepleie i teori og praksis: et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2008) *Prevalens av sykehusinfeksjoner våren 2008*. [online]. Tilgjengelig fra: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,3419:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:70194::1:5673:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,3419:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:70194::1:5673:1:::0:0) [lokalisert 08.05.09]
- Gawande, A., Studdert, D., Orav, E., Brennan, T. og Zinner, M. (2003) Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. *New England Journal of Medicine*, 348, 229 – 234.
- Gawande, A., Thomas, E., Zinner, M. og Brennan, T. (1999) The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, 126 (1), 66 – 75.
- Gerrish, K. (2000) Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse`s perception of the transition from student to qualified nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 473 - 480.
- Gilje, N. og Grimen, H. (1995) *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*, Oslo: Universitetsforlaget.

- Giorgi, A. (2000) The Similarities and Differences between Descriptive and Interpretative Methods in Scientific Phenomenological Psychology. I: Gupta B. (Red). *The Empirical and the transcendental: a fusion of horizons*. (61 – 75). Lanham, Md.: Rowman & Littlefield.
- Girard, N. (2007) Do you know what you don't know? *AORN Journal*, 86 (2), 177 – 178.
- Gustafsson, C. og Fagerberg, I. (2004) Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3), 271 – 280.
- Halkier, B. (2002) *Fokusgrupper*. Frederiksberg, Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Healey, A. N., Undre, S. og Vincent C. A. (2006) Defining the technical skills of teamwork in surgery. *Qual Saf Health Care*, 15, 231 – 234.
- Helse og Omsorgsdepartementet (1999a) *Helsepersonelloven*.
- Helse og Omsorgsdepartementet (1999b) *Pasientrettighetsloven*.
- Helse og Omsorgsdepartementet (2003) *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. (NOU 2003: 1).
- Hjort, P. F. (2007) *Uheldige hendelser i helsetjenesten – en lære-, tenke- og faktabok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hommelstad, J. og Ruland, C. (2004) Norwegian Nurses' Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. *AORN Journal*, 79 (3), 621 – 634.
- Høiland, M. (1996) *Operasjonssykepleie i over 40 år*. Oslo: Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere.
- Irgens, E. J. (2006) Nødvendig eller uansvarlig? Improvisasjonens dilemmaer og muligheter i arbeidsorganisasjoner. I: Steinsholt, Sommerro (Red). *Improvisasjon: kunsten å sette seg selv på spill*. (281 - 307). Oslo: Damm.
- Jacobsen, D. og Thorsvik, J. (1997) *Hvordan organisasjoner fungerer: innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Jørgensen, S-H. (2006) På merkelig vis, på sparket, og smått på trynet. I: Steinsholt, Sommerro (Red). *Improvisasjon: kunsten å sette seg selv på spill*. (45 - 69). Oslo: Damm.
- Justis- og politidepartementet. (2000) *Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19990820-0955.html> [lokalisert 11.05.09]
- Kingdon, B. og Halvorsen, F. (2006) Perioperative Nurses' Perceptions of Stress in Workplace. *AORN Journal*, 84 (4), 607 – 614.

- Kinsella, E. A. (2007) Technical rationality in Schön`s reflective practice: dichotomous or non- dualistic epistemological position. *Nursing Philosophy*, 8, 102 – 113.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1997 – 98) *Kompetansereformen*. (St.meld nr. 42).
- Kirkevold, M. (1996) *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Krueger, R. A. og Casey, M. A. (2000) *Focus groups: a practical guide for applied research*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Lave, J. og Wenger, E. (2003) *Situert læring - og andre tekster*. København: Reizel.
- Lazarus, R. S. (1999) (2006) *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Leach, L. S., Myrtle, R. Weaver, F. og Dasu, S. (2009) Assessing the performance of surgical teams. *Health Care Management REVIEW* January – March, 29 – 41.
- Levin, M. og Rolfsen, M. (2004) *Arbeid i team: læring og utvikling i team*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Makary, M., Sexton, B., Freischlag, J., Holzmueller, C., Millman, A., Rowen, L. og Pronovost P. (2006) Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *J Amer Coll Surg*, 202 (5), 746 – 752.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mangram, A., Horan, M., Pearson, M., Silver, L. og Jarvis W. (1999) Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infection control and hospital epidemiology*, 20 (4), 247 – 278.
- Martin, A., Gray, C. og Adam, A. (2007) Nurses` Responses to Workplace Verbal Abuse: A Scenario Study of the Impact of Situational and Individual Factor. *Research and practice in human resource management*, 15 (2), 41 – 61.
- Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. og Eriksson, K. (1996) *Fenomenologi og omsorg: tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug.



- Mc Garvey, H., Chambers, M og Moore, J. (2004) The Influence of Context on Role Behaviors of Perioperative Nurses. *AORN Journal*, 80 (6), 1103-1104, 1106-1112, 1114, 1117- 1120.
- Mc Lafferty, I. (2004) Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (2), 187-194.
- Mc Vicar, A. (2003) Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633 – 642.
- Merleau- Ponty, M. (1994) *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Mitchell, L. og Flin, R. (2008) Non – technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (1), 15 – 24.
- Mjøøs, K (2003) *Uheldige hendelser – hvorfor skjer det?* [online]. Tilgjengelig fra: <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/112307/Gisvold%201.ppt> [lokalisert 05.06.09]
- Molander, B. (1996) *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Nicolette, L. (2007) Infection Prevention and Control in the Perioperative Setting. I: J. Rothrock (Red). *Alexander`s Care of the Patient in Surgery*. (44 – 99). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Nielsen, K.og Kvale, S. (1999) Mesterlære som aktuell læringsform. I: S. Kvale (Red). *Mesterlære Læring som sosial praksis*. (11 - 31). København: Hans Reitzels Forlag.
- Nilsen, S., Fauske, H. og Nygren, P. (2007) *Læring i fellesskap – En pedagogisk modell i profesjonsutdanninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk pasientskadeerstatning. (2009) *Trykkskader*. [online]. Tilgjengelig fra: <http://www.npe.no/domino/npe/cms3603no.nsf/> [lokalisert 08.05.09]
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004) *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nygren, P. (2004) *Handlingskompetanse: om profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nåden, D., og Braute, E. (1992) *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Polanyi, M. (2000) *Den tause dimensjonen*. Valdres: Spartacus Forlag
- Rothrock, J. (2007) Concepts Basic to Perioperative Nursing. I: J. Rothrock (Red). *Alexander`s Care of the Patient in Surgery*. (1 – 14). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Riley, R. G. og Manias, E. (2006a) Governance in operating room nursing: Nurses` knowledge of individual surgeons. *Social Science & Medicine*, 62, 1541 – 1551.

- Riley, R. og Manias E. (2006b) Governing time in operating rooms. *Journal of clinical nursing*, 15, 546 – 553.
- Säljö, R. (2001) *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Schön, D. A. (2001) *Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Silèn – Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. og Smith, A. (2005) Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 21 – 32.
- Skau, G. M. (2005) *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Skjervheim, H (1996) Deltakar og tilskodar. I: H. Skjervheim. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. (71 – 87). Oslo: Aschehoug & co.
- Skjørshammer, M. (2003) Anger behaviour among professionals in a Norwegian hospital: antecedents and consequences for interprofessional cooperation. *Journal of interprofessional care*, 17 (4), 377 – 388.
- Solli, H. (2008) Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Klinisk sykepleje*, 22 (3), 4 – 13.
- Steinsholt, K og Sommero, H. (2006) Improvisasjon - det å være til stede når noe skjer. I: Steinsholt, Sommero (Red). *Improvisasjon: kunsten å sette seg selv på spill*. (9 - 21). Oslo: Damm.
- Strandberg, L. (2008) *Vygotsky i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tanner, J. (2003) Advanced practitioners within the operating theatre. *British journal of perioperative nursing*, 13 (12), 514 – 518.
- Thagaard, T. (2003) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Thidemann I-J. (2005) Den sårbare læringsarenaen – om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*, 25 (1), 10 – 15.
- Turnbull, J. (1999) Intuition in nursing relationships: the result of “skills” or “qualities”? *British Journal of Nursing*, 8 (5), 302 – 306.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005) *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*.
- Valdez, A. M. (2008) Transitioning from novice to competent: What can you learn from the literature about graduate nursing in the emergency setting? *Journal of emergency nursing*, 34 (5), 435 – 440.

Wadel, C. (2008) *En lærende organisasjon. Et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Wittek, L. (2004) *Læring i og mellom mennesker: en innføring i sosiokulturelle perspektiver*. Oslo: Cappelen akademisk.

Zang, Z., Luk, W., Arthur, D. og Wong, T. (2001) Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), 467 – 474.



## Intervjuguide

*Problemstilling: Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?*

1. Kan dere beskrive hva dere mener er nødvendige og viktige ferdigheter for utøvelsen av operasjonssykepleie?
2. Ta utgangspunkt i begrepet god operasjonssykepleiepraksis.
  - a. Kan dere diskutere hva som kjennetegner god operasjonssykepleiepraksis?
  - b. Hva er de største utfordringene for å utøve god operasjonssykepleiepraksis?
3. Kan dere fortelle om en uventet hendelse eller en akutt situasjon som har hatt betydning for deres videreutvikling som operasjonssykepleier?
  - a. Hva mener dere er de viktigste oppgavene for operasjonssykepleier i denne situasjonen?
  - b. Hvordan løser dere slike uventede hendelser, akutte situasjoner i praksis?
  - c. Hvilke vurderinger gjør dere før dere iverksetter tiltak?
  - d. Hvordan innhenter dere ny kunnskap?
  - e. Hvordan kan situasjonen ha betydning for kompetanseutviklingen?
4. Hvordan kan deling av erfaringer og kunnskap i praksisfellesskapet ha betydning for kompetanseutviklingen?
5. Er det noe i praksis som dere opplever er til hinder for fagutvikling?
6. Hvordan opplevde dere kravene til dere når dere var nyutdannet operasjonssykepleier?
7. Dere har nå snakket mye om operasjonssykepleie og handlingskompetanse. Hva mener dere er det viktigste momentet for å videreutvikle kompetansen, ut fra det dere har diskutert?

Guri Rasmussen  
Utleirtunet 12 E  
7036 Trondheim

dato

Avdelingsleder ....  
Operasjonsavdelingen ved .....

### **Forespørsel om å gjennomføre fokusgruppe intervju blant operasjonssykepleiere.**

Jeg er operasjonssykepleier og arbeider som høgskolelærer ved Høgskolen i Sør – Trøndelag, Videreutdanning i operasjonssykepleie. Jeg er for tiden mastergradstudent ved Helsevitenskap, NTNU. Det er i forbindelse med masteroppgaven jeg sender denne forespørselen. Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Borgunn Ytterhus, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.

#### **Bakgrunn og hensikt**

I dagens samfunn er kontinuerlig utvikling av kompetanse blitt en nødvendighet for å kunne møte de krav som stilles i samfunnet og arbeidslivet. I *Kompetansereformen* er kompetanseutvikling satt i et livslangt læringsperspektiv - kompetanseutvikling skal skje nærmest kontinuerlig i en yrkespraksis. Sykepleien er i kontinuerlig utvikling og sykepleieren må møte utviklingen med kunnskap, dyktighet og evner for å utøve faglig forsvarlig sykepleie, i henhold til Helsepersonelloven, § 4. Et britisk forskningsprosjekt viser at nyutdannede sykepleiere har behov for ytterligere kompetanseheving etter de er ferdig utdannet, for at de skal føle at de er trygge i jobben. Norges forskningsråd ved KUPP (Kunnskapsutvikling i profesjonsutdanning og profesjonsutøving) oppfordrer til forskning på hva som kjennetegner læring på arbeidsplassen og hvilke former dette har.

Faglig forsvarlighet forutsetter kontinuerlig læring og kompetanseutvikling i arbeidslivet. Læringsmiljø i helseinstitusjoner er lite utforsket, det oppfordres dermed til forskning på læring og kompetanseutvikling i helsefaglig yrkespraksis.

En spesialutdanning i operasjonssykepleie kvalifiserer til å arbeide som operasjonssykepleier. Det stilles store krav til operasjonssykepleiere om å holde seg oppdaterte i faget, mestre utfordringer i en kompleks og skiftende yrkeshverdag. Videreutvikling av kompetansen vil finne sted planlagt eller spontant, formelt eller uformelt i løpet av yrkespraksisen. Denne studien har som hensikt å kartlegge hvordan operasjonssykepleiere videreutvikler sin handlingskompetanse i operasjonsavdelingen etter endt spesialutdanning. Problemstillingen i studien er:

*Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?*

Resultatene fra studien kan benyttes ved fagutvikling, utviklingsarbeid, utvikling av pedagogiske metoder og ved forskning i operasjonsavdelinger og utdanningsinstitusjoner.

#### **Databehandling og taushetsplikt**

Informasjonen som registreres, skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Materialet fra intervjuet vil behandles uten navn og fødselsnummer eller andre direkte

gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere informanten i resultatene av studien når disse publiseres. Lydopptak og utskrift fra fokusgruppe intervjuet vil bli makulert etter at prosjektet er avsluttet, juni 2009. Prosjektleder og medhjelper under fokusgruppene er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonelloven § 21. Forskningsprosjektet er godkjent av NSD (Personvernombud for forskning). Prosjektet er ikke rapporteringspliktig til Regional etisk komitè.

### **Metode og informanter**

Jeg ønsker å komme i kontakt med operasjonssykepleiere som kan tenke seg å delta som informanter i studien. Operasjonssykepleiere fra sykehus i Norge er nedslagsfeltet. Innhenting av informasjon vil skje ved fokusgruppe intervju. Diskusjonen i fokusgruppene vil ha fokus på praktisk yrkesutøvelse som operasjonssykepleiere. Gruppestørrelsen vil avhenge av antall informanter, men det er ønskelig med 6 – 8 operasjonssykepleiere i hver gruppe, kan være ned til 4. Gruppene skal deles inn slik at deltakerne har ca like lang yrkeserfaring.

#### Det er ønskelig med to fokusgrupper fra din operasjonsavdeling:

I Gruppe 1 er det ønskelig med operasjonssykepleiere med forholdsvis kort erfaring, ca 2- 4 år, antall må tilpasses tilgjengeligheten av denne gruppen i operasjonsavdelingen.

I Gruppe 2 er det ønskelig med operasjonssykepleiere med minimum 5 års erfaring i samme operasjonsavdeling. Ved å inkludere operasjonssykepleiere med variert lengde på sin yrkespraksis som operasjonssykepleiere, vil det være mulig å få informasjon fra operasjonssykepleiere med ulik handlingskompetanse.

Jeg har som mål å gjennomføre intervjuene i uke 3, 2009. Fokusgruppe intervju må sannsynligvis gjennomføres på en ettermiddag/ kveld, det skal ta inntil 2 timer inkludert pause. Jeg håper å kunne foreta intervjuet i et rom på sykehuset. Fokusgruppene vil bli tatt opp på minidisk, data oppbevares forskriftsmessig. Som medhjelper ved fokusgruppe intervjuene får jeg hjelp av operasjonssykepleier og høgskolelektor NN.

Informantens deltakelse vil bidra til økt kunnskap om utvikling av handlingskompetanse i operasjonssykepleiefaget. Dette er en etterspurt kunnskap. Det følger ingen godgjøring i forbindelse med studien.

Jeg håper at du kan formidle vedlagte informasjonsskriv til aktuelle informanter i de to gruppene som er skissert over. Fint om du kan levere ut flere brev enn det antallet det er behov for i hver gruppe, slik at jeg oppnår det ønskede antall frivillige informanter. Jeg håper også at du kan sende en liste til meg, i vedlagte svarikonvolutt, med navn og adresse til de som har mottatt brev slik at jeg evt kan at direkte kontakt. De som ønsker å delta i fokusgruppene tar direkte kontakt med meg innen 15. desember.

Jeg ser fram til et spennende møte med operasjonssykepleiere ved din avdeling. På forhånd tusen takk for hjelpen.

Med vennlig hilsen

Guri Rasmussen

[Guri.Rasmussen@hist.no](mailto:Guri.Rasmussen@hist.no)

Tlf 917 32 464 eller 73552964 (kontor)

**Dato****Til operasjonssykepleiere**

ved .....

**Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt – fokusgruppe intervju****”Videreutvikling av handlingskompetanse i operasjonssykepleiefaget”**

Jeg er operasjonssykepleier og arbeider som lærer ved operasjonsutdanningen ved Høgskolen i Sør – Trøndelag. For tiden er jeg også masterstudent i helsevitenskap ved NTNU. Denne studien er den avsluttende masteroppgaven. Veileder for prosjektet er førsteamanuensis Borgunn Ytterhus, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU.

**Bakgrunn og hensikt**

I dagens samfunn er kontinuerlig utvikling av kompetanse blitt en nødvendighet for å kunne møte de krav som stilles i samfunnet og arbeidslivet. I *Kompetansereformen* er kompetanseutvikling satt i et livslangt læringsperspektiv - kompetanseutvikling skal skje nærmest kontinuerlig i en yrkespraksis. Sykepleien er i kontinuerlig utvikling og sykepleieren må møte utviklingen med kunnskap, dyktighet og evner for å utøve faglig forsvarlig sykepleie, i henhold til Helsepersonelloven, § 4. Et britisk forskningsprosjekt viser at nyutdannede sykepleiere har behov for ytterligere kompetanseheving etter de er ferdig utdannet, for at de skal føle at de er trygge i jobben. Norges forskningsråd ved KUPP (Kunnskapsutvikling i profesjonsutdanning og profesjonsutøving) oppfordrer til forskning på hva som kjennetegner læring på arbeidsplassen, og hvilke former dette har.

Faglig forsvarlighet forutsetter kontinuerlig læring og kompetanseutvikling i arbeidslivet. Læringsmiljø i helseinstitusjoner er lite utforsket, det oppfordres dermed til forskning på læring og kompetanseutvikling i helsefaglig yrkespraksis.

En spesialutdanning i operasjonssykepleie kvalifiserer til å arbeide som operasjonssykepleier. Det stilles store krav til operasjonssykepleiere om å holde seg oppdaterte i faget, mestre utfordringer i en kompleks og skiftende yrkeshverdag. Videreutvikling av kompetansen vil finne sted planlagt eller spontant, formelt eller uformelt i yrkespraksisen. Denne studien har som hensikt å kartlegge hvordan operasjonssykepleiere videreutvikler sin handlingskompetanse i operasjonsavdelingen etter endt spesialutdanning. Problemstillingen er:

*Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?*

Resultatene fra studien kan benyttes ved fagutvikling, utviklingsarbeid, utvikling av pedagogiske metoder og ved forskning i operasjonsavdelinger og utdanningsinstitusjoner.

**Hva innebærer studien**

Jeg ønsker å komme i kontakt med operasjonssykepleiere som kan tenke seg å delta som informanter i studien. Operasjonssykepleiere fra sykehus i Norge er nedslagsfeltet. Innhenting av informasjon vil skje ved fokusgruppe intervju. Gruppestørrelsen avhenger av antall informanter, men det er ønskelig med 6 – 8 operasjonssykepleiere i hver gruppe. Gruppene vil deles inn slik at deltakerne har ca like lang yrkeserfaring.



I Gruppe 1 er det ønskelig med operasjonssykepleiere med forholdsvis kort erfaring, ca 2- 4 år. Gruppe 2 skal ha operasjonssykepleiere med minimum 5 års erfaring i samme operasjonsavdeling. Ved å inkludere operasjonssykepleiere med variert lengde på sin yrkespraksis som operasjonssykepleiere, vil det være mulig å få informasjon fra operasjonssykepleiere med ulik handlingskompetanse.

Jeg har som mål å gjennomføre fokusgruppene i løpet av uke 3, 2009. Fokusgruppe intervju må sannsynligvis gjennomføres på en ettermiddag/ kveld, det skal ta inntil 2 timer inkludert pause. Jeg vil fortrinnsvis foreta intervjuet i et rom på sykehuset. Fokusgruppene vil bli tatt opp på minidisk, data oppbevares forskriftsmessig.

Informantens deltakelse vil bidra til økt kunnskap om utvikling av handlingskompetanse i operasjonssykepleiefaget. Dette er en etterspurt kunnskap. Det følger ingen godkjøring i forbindelse med studien.

### **Hva skjer med informasjonen**

Informasjonen som registreres, skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Materialet fra intervjuet vil behandles uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere informanten i resultatene av studien når disse publiseres. Lydopptak og utskrift fra fokusgruppe intervjuet vil bli makulert etter at prosjektet er avsluttet, juni 2009. Prosjektleder er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonelloven § 21. Forskningsprosjektet er godkjent av NSD (Personvernombud for forskning). Prosjektet er ikke rapporteringspliktig til Regional etisk komitè.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Deltakeren kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser. Dersom deltakeren trekker seg etter at fokusgruppeintervjuet er gjennomført, vil materialet fra intervjuet bli benyttet uten at den aktuelle informantens bidrag benyttes i analysen.

I forbindelse med fokusgruppe intervjuet undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du har spørsmål til studien eller senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte meg på e- post eller telefon.

De 8 første som melder sin interesse i henholdsvis Gruppe 1 og 2, blir inkludert i studien.

Dersom du ønsker å delta, tar du kontakt med undertegnende innen 15.desember.

Vennlig hilsen  
Guri Rasmussen

Mobil 917 32 464 eller 73552964 (kontor)  
E - postadr: Guri.Rasmussen@hist.no

## Samtykke til deltakelse i fokusgruppe intervju

### ”Videreutvikling av handlingskompetanse i operasjonssykepleiefaget”

Jeg har lest informasjonsskrivet vedrørende prosjektet og har hatt anledning til å stille spørsmål. Jeg sier meg herved villig til å delta i fokusgruppe intervju om videreutvikling av operasjonssykepleiers handlingskompetanse.

Jeg er inneforstått med at alle opplysninger vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt etter gjeldene regler for forskning. Jeg er også kjent med at deltakelsen er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg fra undersøkelsen.

-----  
Sted / Dato

-----  
Underskrift av informant

**Guri Rasmussen**

---

**Fra:** Arild Hals [arild.hals@ntnu.no]  
**Sendt:** 22. oktober 2008 13:53  
**Til:** Guri Rasmussen  
**Kopi:** Arne Sandvik; Jacob Christian Hølen  
**Emne:** Re: Godkjenning av forskningsprosjekt

Guri Rasmussen wrote:

>  
 > Regional etisk komité ved Arild Hals  
 >  
 > Jeg er i et mastergradsforløp i helsevitenskap på NTNU. I forbindelse  
 > med masteroppgaven trenger jeg en bekreftelse på at prosjektet ikke  
 > behøver å legges fram for REK.  
 >  
 > Problemstillingen er som følger:  
 >  
 > /Hvordan videreutvikler operasjonssykepleiere sin handlingskompetanse  
 > i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på  
 > operasjonsstua? /  
 >  
 > Jeg skal benytte fokusgrupper ved datasamling. Deltakere er  
 > operasjonssykepleiere ansatt i operasjonsavdelinger ved et eller flere  
 > sykehus. Fortrinnsvis informanter fra Midt - Norge, men kan være  
 > nødvendig å innhente informanter fra sykehus utenfor regionen.  
 > Operasjonssykepleiere med ulik lengde på sin yrkespraksis er ønskelig,  
 > for å få fram bredden i handlingskompetansen.  
 >  
 > Datainnsamling er planlagt til å starte i desember 2008, med forbehold  
 > om godkjenning fra NSD.  
 >  
 > Undersøkelsen vil ikke omfatte pasientopplysninger eller andre 3.  
 > personer. I undersøkelsen vil opplysningene fra informantene være  
 > anonymisert.  
 >  
 > Dersom det er behov for at jeg skal sende ytterligere opplysninger om  
 > masteroppgaven, vennligst ta kontakt med meg.  
 >  
 > På forhånd takk for tilbakemelding.  
 >  
 > Med vennlig hilsen  
 >  
 > Guri Rasmussen  
 >  
 > .....  
 >  
 > Høgskolelærer  
 >  
 > Høgskolen i Sør - Trøndelag  
 >  
 > Avdeling for sykepleierutdanning  
 >  
 > Program for videreutdanning, Operasjon  
 >  
 > Telefon 73 55 29 64  
 >  
 > Mobil 917 32 464  
 >  
 > E-mail guri.rasmussen@hist.no  
 >  
 Guri Rasmussen,

Dette prosjektet må ikke legges fram for komiteen da det ikke involverer pasienter eller helseopplysninger.

Mvh  
 Arild Hals

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Borgunn Ytterhus  
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap  
NTNU  
Dragvoll  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 24.11.2008

Vår ref.: 20348 / 2 / KH Deres dato:

Deres ref:

#### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.10.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

<p>20348</p> <p>Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student</p>	<p><i>Howdan videreutvikler operasjons-sykepleiere sin handlingskompetanse i forbindelse med uventede hendelser eller akutte situasjoner på operasjonsstua?</i></p> <p>NTNU, ved institusjonens øverste leder Borgunn Ytterhus Guri Rasmussen</p>
---	---

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

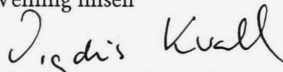
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 19.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
✓ Kopi: Guri Rasmussen, Utleirtunet 12 E, 7036 TRONDHEIM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no